

Tartu Ülikool
Arstiteaduskond
Õendusteaduse osakond

Katrin Rahu

**PEREÕDEDE JA PEREARSTIDE SUHTUMINE
OMAVAHELISE KOOSTÖÖ ASPEKTIDESSE
EESTI PEREARSTIPRAKSISTES**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2013

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katrin Rahu (sünnikuupäev: 25.04.1976)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Pereõdede ja perearstide suhtumine omavahelise koostöö aspektidesse Eesti perearstipraksistes“, mille juhendaja on Lilli Gross ja kaasjuhendaja on Ruth Kalda,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **01.06.2015** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 27.05.2013

Juhendajad:

Lilli Gross, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Ruth Kalda, Dr Sci Med

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: _____

/TÜ AR OT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1	SISSEJUHATUS.....	8
2	ARSTIDE JA ÕDEDE OMAVAHELISE KOOSTÖÖ OLEMUS JA ASPEKTID.....	10
2.1.	Arstide ja õdede omavahelise koostöö olemus.....	10
2.2.	Arstide ja õdede omavahelise koostöö aspektid.....	11
2.2.1	Koostöö ja ühiskoolitus.....	12
2.2.2	Hoolitsus <i>versus</i> ravimine.....	14
2.2.3	Õdede autonoomsus.....	14
2.2.4	Arstide domineerimine.....	15
2.2.5	Seosed taustamuutujatega.....	15
3	METOODIKA.....	17
3.1.	Metodoloogilised lähtekohad.....	17
3.2.	Uuritavad.....	17
3.3.	Andmete kogumine.....	18
3.4.	Andmete analüüs.....	20
3.5	Uurimistöö usaldusväärsus.....	21
4	TULEMUSED.....	22
5	ARUTELU.....	32
6	JÄRELDUSED.....	41
7	KASUTATUD KIRJANDUS.....	42

LISAD:

LISA 1. Jeffersoni skaala originaalversioon

LISA 2. Kaaskiri

LISA 3. Jeffersoni skaala pereõdede ja perearstide omavahelise koostöö aspektidesse suhtumise kohta

LISA 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba

LISA 5. Uurimistöös osalenud pereõdede jagunemine tulemuste järgi

LISA 6. Uurimistöös osalenud perearstide jagunemine tulemuste järgi

KOKKUVÕTE

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelisse koostöösse Eesti perearstipraksistes ning selgitada seoseid arstide ja õdede taustamuutujate ning koostöösse suhtumise vahel. Uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav.

Uurimistöö viidi läbi Eesti pereõdede ja perearstide hulgas. Valimisse kuulusid uuritavateks Eesti perearstid ja pereõed, kes olid kätte saadavad Eesti Pereõdede Seltsingu (n=200) ja Eesti Perearstide Seltsi (n=550) e-posti aadresside listide kaudu ning moodustus käepärane valim. Andmete kogumiseks kasutati Jeffersoni skaalat arstide ja õdede suhtumise kohta omavahelisse koostöösse (*The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration*). Andmed koguti 2012. aasta juunis, septembris ja oktoobris. Vastamismäär oli 33,6%. Kokku analüüsiti 225 (73 pereõde ja 152 perearsti) ankeeti.

Andmed analüüsiti statistikaprogrammis SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), kasutades kirjeldavat statistikat ja gruppide võrdlemist (χ^2 -testi ja Fisheri täpset testi ning Spearmani korrelatsioonianalüüsi). Arvesse võeti olulisuse nivoo $p < 0,05$.

Uurimistulemustest selgus, et üldiselt suhtuvad nii pereõed kui ka perearstid omavahelisse koostöösse pigem positiivselt. Pereõdede suhtumine oli aga enamasti positiivsem võrreldes perearstide suhtumisega. Valdavalt olid nii pereõed kui ka perearstid arvamusel, et õde on arsti koostööpartner ja kolleeg ning õdede iseseisvusesse suhtutakse positiivselt. Samas selgus, et nooremad arstid olid enam nõus väitega, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes. Samuti arvasid nooremad perearstid, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi. Pereõdede seas oli aga rohkem neid, kes peavad õigeks ühiskoolitust ja meeskonnatööd. Rakenduskõrgharidusega õed olid võrreldes keskeriharidusega õdedega rohkem seda meelt, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.

Tulemuste põhjal leian, et arsti- ja õendusüliõpilastele tuleb ühiskoolituste ja meeskonnatöö kaudu selgitada, millised on teise eriala pädevus, ülesanded ja vastutus interdistsiplinaarses meeskonnas.

Märksõnad: suhtumine, perearst, pereõde, koostöö, erialadevaheline koostöö, esmatasand.

SUMMARY

Title: The Attitudes of Physicians and Nurses toward aspects that influence Collaboration in the Primary care practices in Estonia

The purpose of this study is to describe and compare the attitudes of family doctors (FD) and nurse practitioners (NP) toward aspects that influence the collaboration in the primary care practices in Estonia, and to explore the relationships between the demographic characteristics of physicians and nurses and their attitudes toward collaboration. This is a quantitative, empirical and descriptive study.

The research was conducted in among Estonian family doctors and nurse practitioners. The sample consisted Estonian FD and NP who were available at the Estonian association of nurse practitioners (n=200) and the Estonian Society of Family Doctors' (n=550), e-mail addresses and mailing lists through a handy form the sample. Data were collected by Jefferson Scale of doctors and nurses cooperation in their attitudes towards each other (The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration). Data were collected from June to October the 2012th. The response rate was 33,6%. A total of 225 (73 NP and 152 FP) questionnaires.

Data were analyzed by statistical program SPSS (Statistical Package for Social Sciences), using descriptive statistics and comparison groups (χ^2 -test and Fisher's exact test and Spearman correlation analysis). Account was taken of the significance level $p < 0.05$.

Study results showed that the generic attitude both FD and NP into cooperation with each other rather than positive. Nurses' attitudes towards the FD, however, was generally positive attitude compared to FD. The majority were family practitioners than nurses in the opinion that a nurse is a physician partner and colleague, and nurses in the autonomous viewed positively. However, it was found that younger doctors were more willing to claim that the doctor should be the main decision-maker in all health matters. It is also thought by the younger FD, the nurse's main task is to fill the doctor's orders. NP, however, was more among those who have the shared education and teamwork. Applied higher education compared with secondary special education nurses, nurses were no longer of the opinion that a nurse's main task is to fulfill the doctor's orders.

Based on the results, I believe that medical and nursing students to be joint teamwork through training and explain what is another specialty of powers, duties and responsibilities of the interdisciplinary team.

Keywords: attitudes, general practitioner, family doctor, nurse practitioner, collaboration, interdisciplinary collaboration, primary care.

1. SISSEJUHATUS

Alates 1991. aastast on Eestis seoses tervishoiusüsteemi reformimisega toimunud muutused esmatasandi tervishoius, mille tulemusena asusid 1993. aastal tööle esimesed perearstid ning uus süsteem lõi ka uue valdkonna õenduses – pereõenduse (Pereõe tegevusjuhend 2008). Sellele eelneval ajal, enne 1991. aastat, töötasid esmatasandis jaoskonnaarstid (Peremeditsiini arengukava 2001), kes olid harjunud, et õde on tema abiline ja sekretär. Tänapäevaks on pereõe tööd kirjeldatud Pereõe tööjuhendis (2008) ning pereõe tööülesanded reguleeritud ka riiklikul tasandil sotsiaalministri määrusega (Perearsti ja temaga... 2002) – see kõik peaks andma selgepiirilise määratluse ja arusaama pereõe rollist ja tööst ning aitama kaasa üheskoos perearstiga meeskonnas töötamisele ja valdkonna arengule.

Vaatamata juhendi olemasolule ja riiklikule regulatsioonile on pereõdede ülesanded perearsti meeskonnas siiski väga erinevad. See tuleneb sellest, et perearstikeskustes on tööstiil erinev, seda nii tööülesannete jaotumisest kui ka perearstikeskuse suurusest tulenevalt (Tõemets 2008, Pereõe tööjuhend 2008). Iga perearstipraktis on unikaalne oma patsientuuri, töökorralduse ja muude suuremal või vähemal määral oluliste tunnuste varieerumise tõttu (Paat jt 2008).

Samas nimetavad Pereõe tööjuhendi koostajad (2008), et pereõenduse edasiseks arengusuunaks võiks olla pereõe seaduslikud õigused ja võimalused tegutseda iseseisva spetsialistina, lähtudes tööalasest vajadusest. Praegu näiteks puuduvad pereõdedel õigused allkirjastada tervisetõendit, pikendada korduvretsepte, avada töövõimetuslehte. Samas on teadmata, kuidas suhtuvad sellistesse põhimõttelistesse muudatustesse pereõded ise ja ka perearstid. Eeltoodu põhjal nõustun Geringuga (2012), et innovatiivsemad perearstid ja pereõded suhtuvad sellesse kindlasti positiivselt ja on valmis õdede oskusi ja teadmisi optimaalsemalt rakendama (Gering 2012).

Tervishoiusüsteemi üks peamisi eesmärke on tagada kõikidele inimesele võrdsed võimalused esmatasandi tervishoiuteenuse kättesaadavusele, seega ei saa arendada ainult innovatiivsemaid prakseid. Arenduste elluviimiseks on vaja eelnevalt tausta uurida, kaardistada käesolevat olukorda, kindlasti ka suhtumist omavahelisse koostöösse, mis väljendab valmisolekut koostöö uuendusteks (Hansson jt 2010a). Rahvusvahelise kirjanduse põhjal võib öelda, et tõhus koostöö ja teadlikkus ülesannete jaotusest rollide vahel annab positiivseid tulemusi nii personalile, patsiendile kui ka ressursside otstarbekamaks

kasutamiseks (Dierick-van Dael jt 2010, Modin jt 2010). Eesti perearstid on erineva taustaga, sõltuvalt näiteks nende vanusest (generatsioonist) ja varasemast spetsialiseerumisest (pediaatria, kardioloogia jne) ning sellega seonduvast varasemast professionaalsest koostöökogemusest, ning sellest võib järeldada, et suhtumine koostöösse on erinev. Samuti on praegu pereõena töötavate õdede taust erinev, sest ainuüksi õenduslane õpe on muutunud, seda nii põhiõppekavas kui ka spetsialiseerumiste lisandumisega. Eeltoodu põhjal pean oluliseks uurida Eesti pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelisse koostöösse, mis annab empiirilise teadmise antud valdkonna kohta Eestis.

Eestis on arstide ja õdede omavahelist koostööd uurinud Janvest (2009) Eesti piirkondlike haiglate kirurgiaosakondades ja Paulin (2011) Eesti keskhaiglate siseosakondades. Väljaspool Eestit on teemat uuritud nii statsionaarsetes osakondades kui ka esmatasandil. Eesti esmatasandi tervishoius seda varem uuritud ei ole.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelist koostööd mõjutavatesse aspektidesse Eesti perearstipraksistes ning selgitada seoseid pereõdede ja perearstide taustamuutujate ning koostööd mõjutavatesse aspektidesse suhtumise vahel.

Uurimisküsimused

- Milline on pereõdede ja perearstide suhtumine omavahelisse koostöösse ja ühiskoolitusse?
- Milline on pereõdede ja perearstide suhtumine hoolitsusse *versus* ravimisse?
- Milline on pereõdede ja perearstide suhtumine õdede iseseisvusesse?
- Milline on pereõdede ja perearstide suhtumine arstide domineerimisse?
- Millised on seosed pereõdede ja perearstide suhtumises omavahelist koostööd mõjutavatesse aspektidesse ning nendega seotud taustamuutujate vahel?

2. ARSTIDE JA ÕDEDE OMAVAHELISE KOOSTÖÖ OLEMUS JA ASPEKTID

2.1 Arstide ja õdede omavahelise koostöö olemus

Arsti ja õe vaheline koostöö on erialadevaheline protsess koos sinna juurde kuuluva suhtlemise ja otsuste vastuvõtmisega, mis võimaldab tervishoiutöötajate spetsiifiliste ja jagatud teadmiste ja oskustega anda sünergilist mõju patsiendile/kliendile osutatud tervishoiuteenusele (Way jt 2000, Bailey jt 2006).

Koostöö (*collaboration; teamwork*) on nähtus, kus kaks või enam inimest teevad tööd jagatud vastutusega ja vastastikusel koostoimes (Cassandra 2009). Koostöö tervishoius tähendab ühtset infovahetust ja üheskoos otsuste tegemist patsiendi rahulolu eesmärgil (Wilson 2005, Paulin 2011). Koostöö on üks põhilisi kommunikatsiooni strateegiaid, et vähendada miinimumini vigade tekkimise võimalus (Dougherty ja Larson 2005). Koostöösse suhtumine (*attitude towards collaboration*) saab olla hinnanguliselt kas positiivne või negatiivne ning see mõjutab inimese käitumist koostoimes tehtava töö suhtes. Koostööd tehakse tööülesandeid jagades ja iseseisvalt (Dougherty ja Larson 2005, Cassandra 2009, Modin jt 2010).

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on perearst (*family practitioner; general practitioner; family doctor; family physicians*) sellekohase eriala omandanud eriarst, kes tegutseb perearsti nimistu alusel või nimistuta eriarstina. Perearst tagab tema nimistusse kantud inimestele tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning järjepidevuse perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendis ettenähtud ulatuses ja korras. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2002.)

Pereõde (*district nurse; nurse practitioner*) on õde, kes on saanud üldõde ettevalmistuse ja töötab teatud kindla paikkonna patsientidega, omab lisateadmisi ja kogemusi töötamiseks inimestega kogu elukaare vältel. Pereõde osutab õendusabi esmatasandi tervishoiusüsteemis indiviididele ja perekondadele ning teeb koostööd perearsti ja teiste spetsialistidega ambulatoorselt. (ICN, 2003).

Seega teevad seaduse kohaselt tervishoiu esmatasandil pereõde ja perearst igapäevast koostööd.

Praksis on Võõrsõnadeleksikoni (2006) ja Õigekeelsussõnaraamatu (2003) järgi (vabakutseline) erialane tegevus. Perearstipraksist on kirjeldanud Paat jt (2008) oma uurimuses, lähtuvalt uurimuse tulemusena saadud kolmest funktsionaal-korralduslikust tunnusest:

üksikpraksis – on ühe nimistuga praksis;

grupipraksis – on kahe või enama nimistuga praksis, mille kohta võib leida ka viiteid perearstikeskus;

polikliiniku tüüpi praksis – on sarnane grupipraksisele, kuid neid iseloomustavaks eripäraks on sealne patsientidega tegelemise viis – üks arst tegeleb kõigi praksisesse kuuluvate nimistute patsientidega. (Paat jt 2008.)

2.2 Arstide ja õdede omavahelise koostöö aspektid

Meditiin on üheaegselt väga individualistlik ja samas koostööpõhine kutseala. Kui arstidevahelised suhted on traditsiooniliselt olnud hierarhilised, paternalistlikud ja neid üldjuhul lähtuvad üheselt mõistetavatest reeglitest (Williams 2005), siis suhted arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahel on pidevas muutumises ning neis esineb lahkavamusi selles osas, milles peaks seisnema igapäevane roll. Tänapäevaks on autoritaarne koostöö otsustusmudel muutumas interdistsiplinaarsemaks, kus kõigi meeskonnaliikmete ehk erialaspetsialistide arvamustega arvestatakse. (Williams 2005.)

Rahvusvahelises kirjanduses väljendub koostöö probleematika valdavalt rollijaotuste ja tööülesannete jagunemise selgusetuses. Arstieetika käsiraamatu (2007) koostöö peatükis on samuti välja toodud tähelepanek, et kui arstidel omavahel on üheselt mõistetavad reeglid, siis arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahel on suhted pidevas muutumises ning sellest tingituna esineb lahkavamusi selles osas, milles seisneb igapäevane roll. Uurimused näitavad, et perearstid ei tea, mida pereõde oskab või teab, millises osas saaks ta arsti koormust vähendada. Näiteks Hollandis ja Austraalias on läbi viidud uurimused, kus pereõdedele ja perearstidele tehti koostöökoolitus ning selle järgselt koolitusel osalenuid intervjueriti, et saada tagasisidet koolituse kasulikkuse kohta. Oma intervjuudes kinnitavad mõlemad pooled koolituse olulisust edasisele edukamale koostööle. Nii on näiteks saanud koolituse kaudu pereõded enesekindlust teha seda, mida nad on õeks õppimisel koolis omandanud ning jagada arstiga õendusabi teenuse osutamisel saadud informatsiooni patsiendi kohta. Ka perearstid tunnistavad, et õed on piisavate teadmiste ja oskustega, et vähendada nende koormust (Way jt 2000, Bailey jt

2005, Dierick-van Dael jt 2010). Uuringus osalenud perearstid kirjeldasid olukorda, kus patsient tuleb füüsilise kaebusega tema vastuvõtule, kuid kui tegelik probleem on patsiendil hoopiski psühholoogiline, siis palub perearst pereõel püüda välja selgitada patsiendi probleemi olemus, mis aitab oluliselt patsiendi ravimise protsessile kaasa (Dierick-van Dael jt 2010). Selline koostöö lähendab meeskonda, mis omakorda kasvatab vastastikust usaldust ja austust ja see omakorda tekitab töötades rahulolutunde. Teatavasti annab rahulolev töötaja paremaid töötulemusi ehk tervishoiuteenuse kvaliteet on sellest johtuvalt ka parem (Modin jt 2010, Paulin 2011).

Austav suhtumine teise eriala vastu, selle seisukohtadesse ja vaatenurkadesse, on eduka koostöö alus, mis omakorda annab patsiendi tervislikule seisundile paremaid tulemusi (Way jt 2000, Williams 2005, Wilson 2005). Suhtumist õdede ja arstide omavahelisse koostöösse on hinnatud paljudes uurimustes erinevate meetoditega (küsimustikud, intervjuud) (Way jt 2000, Bailey jt 2005, Wilson jt 2005, Hansson jt 2010, Dierick-van Dael jt 2010, Modin jt 2010). Üheks adekvaatsemaks küsimustikuks on tunnistatud õdede-arstide omavahelist koostööd uurivate instrumentide hindamise tulemusena (Dougherty ja Larson 2005) Jeffersoni skaalat (*The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration*), mis võimaldab hinnata arstide ja õdede suhtumist koostöösse neljast erinevast aspektist:

- 1) koostöö ja ühiskoolitus;
- 2) hoolitsus *versus* ravimine;
- 3) õdede autonoomsus;
- 4) arstide domineerimine.

Esmatasandi tervishoiu valdkonnas on „koostöö“ nähtust uuritud (Wilson jt 2005, Bailey jt 2006, Hansson jt 2010a, Dierick-van Dael jt 2010, Modin jt 2010), kuid seda peamiselt kvalitatiivselt intervjuude abil. Need uurimused kirjeldasid sarnaselt just kahe eriala koostöösse suhtumise probleemide esinemist. Hansson jt (2010a) on uurinud pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelise koostöö aspektidesse just *The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration*ni ankeeti kasutades.

2.2.1 Koostöö ja ühiskoolitus

Koostöö on viis teha tööd, organiseerida, tegutseda ja otsustada meeskonna või võrgustikuna patsiendi rahulolu eesmärgil (Way jt 2000, Wilson jt 2005). Koostöös toimiv praksis mõjutab

positiivselt nii tervishoiusüsteemi ressursside optimaalset kasutamist kui ka patsientide rahulolu (Way jt 2000, Paat jt 2008). Seda sellisel juhul, kui õe ja arsti suhe baseerub võrdõiguslikkusel, ei ole hierarhilist suhtumist, vaid põhineb usaldusel ja meeskonnatööl, kus tööülesanded on jaotatud – õde tegeleb õendusabi osutamisega ja arst ravimisega (Kosula 2010). Samal ajal on aga Hansson jt (2010) oma uurimuses jõudnud järeldusele, et arstid, kes on enam haridust saanud ja on seetõttu ka võimupositsioonil, on koostööst vähem huvitatud. Avatud ja usaldusväärse suhtumisega üksteisesse saavad õed ja arstid koos planeerida oma tööjaotust, seda nii igapäevatöös kui ka komplekssete terviseprobleemidega patsientide puhul. Patsiendid võidavad, sest neil on kaks peremeditsiini spetsialisti, kelle poole oma muredega pöörduda. (Way jt 2000.)

Ka paljud teised uurimused on näidanud, et partnerlussuhe õdede ja arstide koostöös on üks esmaseid aluseid tervishoiuteenuse kvaliteedi saavutamisel, seda hinnatakse positiivselt (Hojat 2003, Wilson 2005, Cassandra 2009, Janvest 2010, Paulin 2011). Samal ajal esineb erinevusi suhtumistes koostöö õpetamisesse (Janvest 2010, Paulin 2011). Ajalooliselt on õed ja arstid töötanud koos juba küllalt pikka aega ja seda ühise eesmärgi nimel, patsiendi heaks. Võiks eeldada, et seda on arvestatud ka õppekavades, kus selgitataks koos töötavate erinevate erialade pädevuse piire ja rolle tervishoiu meeskonnas. Sellele on hakatud tähelepanu pöörama alles möödunud sajandi lõpust alates (Way jt 2000, Williams 2007). Eesti arstide ja õdede õppekavades koostöökoolitus puudub. Samas on Paulini (2011) uurimuse tulemusena selgunud, et kui Eesti keskhaiglate siseosakondade arstide hinnangul ei ole põhiõppes koostöö õpetamine väga oluline, siis samade osakondade õed on arvamusel, et põhiõppe ajal koostööõpe oleks väga vajalik nii õdedele kui ka arstidele (Paulin 2011). Eestis esmatasandi valdkonnas on Tõemets (2008) uurinud pereõdede tööd ja tööalast koolitust, kus intervjuude käigus tuli muuhulgas välja õppimisviiside ühe alakategooriana koos õppimine. Seda on nimetanud uurimuses osalenud pereõed, perearstid ning ka nende koolitajad.

Bailey jt (2006) viisid läbi uurimuse esmatasandi tervishoiusüsteemis Kanadas, mille tulemustest selgus, et vajalik on muuta pereõdede ja perearstide õppestrateegiat selliselt, et see võimaldaks õpetada erinevate erialade koos töötamist, kus meeskonnaliikmete rollid, tööülesanded ja pädevuse piirid on määratletud. Ka Hollandi peremeditsiini valdkonna uurijad (Dierick-van Dael jt 2010) leidsid, et seni, kuni perearstid ei saa aru oma kolleegide – pereõdede, rollist ja pädevusest, ei osata optimaalselt jagada tööülesandeid. Sellest johtuvalt on perearstide suhtumine pereõdedega koostöösse pigem negatiivne. Sama uurimuse käigus

viidi läbi koostöökoolitus, mille järgselt uuriti koolituse tõhusust ning tulemused kinnitasid, et rollide selgepiirilisus võimaldab oluliselt kaasa aidata tõhusamale koostööle ja ka tervishoiu ressursi optimaalsemale kasutamisele.

2.2.2 Hoolitsus *versus* ravimine

Õendusabi eesmärk on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine õendustegevuse kaudu. Õenduse objektiks on üksikisik, perekond või elanikkond oma füüsiliste, psüühiliste ja sotsiaalsete vajadustega. (Sotsiaalministeerium 2012.)

Tõemetsa (2008) uurimusest selgus, milles pereõe töö seisneb ning milliseid teadmisi on tal selleks vaja. Üheks olulisemaks vajaduseks olid perearstide ja valdkonna koolitajate arvamusel psühholoogilised oskused ja seda selleks, et osata ennast säästa ning samuti patsienti mõjutada. Pereõe töö sisaldab paljuski patsiendi ja tema lähedaste nõustamist ning õpetamist. Selleks, et see vajalik informatsioon jõuaks patsiendini, peab õde oskama valida lähenemise viisi vastavalt patsiendi ja tema lähedaste psühhosotsiaalsetele iseärasustele.

2.2.3 Õdede autonoomsus

Pereõe tööülesanded on Eestis alates 2008. aastast kirjeldatud Pereõe tööjuhendis, mis võimaldab õe rolli üheselt mõistmise ning õe rakendamist tema pädevuse piires. Dierick-van Dael jt (2010) on oma mitmeaastases uurimuses leidnud, et pereõdede rolli piiritlemine võimaldab pereõdesid rakendada rohkem n-ö tavakaebuste (*common complaints*) käsitlemises ja see omakorda annab perearstidele aega ja võimalust tegelda süvitsi raskemate terviseprobleemidega patsientidega, mis on ka majanduslikult otstarbekam (Dierick-van Dael jt 2010).

Iseseisvus oma tegemistes ja otsustes tähendab ka selle eest vastutamist – nii nende tegude ja otsuste eest, mida tehakse, kui ka nende eest, mis on jäänud tegemata (Wilson 2005).

Õed soovivad olla enam kaasatud nii otsuste langetamisse patsiendi tervise üle kui ka poliitika küsimustesse (Hojat jt 2003, Cassandra 2009, Modin 2010). Ka Pereõdede Seltsingu juht oma intervjuus ajakirjale „Perearst“ (2010) tõstab esile pereõe iseseisvalt tegutsemise legaalsel piiratud. Intervjuust selgub, et pereõed on valmis palju enam tegema ja vastutust võtma, kui see praegu on võimalik (korduvretseptide väljastamine, tõendite väljastamine jne). Sama on

leidnud ka Gering (2012) oma magistritöös, kus ta kirjeldas Tartumaa pereõdede kogemusi nende iseseisvast vastuvõtust. Dierick-van Dael jt (2010) leidsid oma uuringus, et osalise retseptikirjutamise õiguse saanud pereõdede teadmised ravimitest paranesid oluliselt.

2.2.4 Arstide domineerimine

Varasemate uurimuste kohaselt on õdede ja arstide koostöö vorm olnud pigem hierarhiline ja seda peamiselt vanema generatsiooni esindajatel. Arst on ülemus ja õde on tema alluv, abiline ja käsutäitja (Hojat jt 2003, Williams 2005, Hansson jt 2010a, 2010b, Cassandra 2009). Arstide domineerimine (autoriteetsus) on ka riigiti erinev. Näiteks Itaalias ja Mehhikos on arstide ja õdede vahel pigem hierarhiline koostöö, samas Israelis ja Ameerika ühendriikides väljendus positiivsem suhtumine nii koostöösse üldiselt kui ka õdede iseseisvale tööle (Hojat jt 2003).

Eestis on peremeditsiini valdkonnas kindlasti perearstid eelistatumas seisus võrreldes pereõdedega, sest esmatasandi tervishoiusüsteem on riiklikult selliselt üles ehitatud – perearstil on patsientide nimistu, ta saab sõlmida Eesti Haigekassaga teenuse osutamise lepingu ning võtta tööle pereõde, aga mitte vastupidi. Seevastu Austraalias on pereõed iseseisvalt tegutsevad, tehes küll koostööd kohalike perearstidega (Wilson jt 2005). Ühest küljest võib olla olukorra põhjuseks meie riigi ajalooline taust, sest tuleme nõukogudeaegsest tervishoiukorraldusest, kus õed olid sisuliselt arsti käsutäitjad ja/või sekretärid. Teisalt on põhjuseks aga asjaolu, et pereõdesid täna ei ole nii palju, nagu kehtivate õigusaktide kohaselt peaks olema – iga nimistu kohta vähemalt üks täiskohaga pereõde. Eestis on keskmiselt ühe nimistu kohta 0,8 pereõde (Kalda jt 2012).

2.2.5 Seosed taustamuutujatega

Koostööd mõjutavatesse aspektidesse suhtumist võivad mõjutada mitmed taustamuutujad/tegurid. Iga perearstipraksis on ainulaadne oma patsientuurist, töökorraldusest, praksise asukohast, selle suurusest ja veel muudest suuremal või vähemal määral olulistest taustamuutujatest tulenevalt. Hansson jt (2010a ja 2010b) Rootsis ja Cassandra (2009) USAs on leidnud oma uurimustes, et suhtumistes on erinevusi nii vanusest kui ka soost sõltuvalt – naissoost õed ja arstid on enam positiivse suhtumisega koostöösse kui seda on meessoost kolleegid. Samas on Yildirim jt (2005) leidnud, et Türgis meessoost arstid suhtuvad enam positiivsemalt omavahelisse koostöösse võrreldes naissoost arstidega. See on

vastukäiv eelmisele leitule, seega võiks kokkuvõtlikult öelda, et siin on erinevaid arvamusi olenevalt rahvusest ja traditsioonidest, kas sugu mõjutab suhtumist. Samuti väljendub tulemustes vanema generatsiooni õdede ja arstide suhtumises hierarhiline või ka paternalistlik koostöövorm. See tähendab, et arst on ainuotsustaja ning õde on arsti alluv, abiline ja käsutäitja. (Hojat jt 2003, Hansson jt 2010a, 2010b, Cassandra 2009.)

Wilson jt (2005) on oma kvalitatiivses uurimuses välja toonud pereõdede ja perearstide vahelise koostöö kolm astet: täielik koostöö, osaline koostöö ja koostöö puudumine ning nende uurimusest selgub, et pikema tööstaažiga pereõdede ja perearstide vahel on koostöö kas täielikult või osaliselt toimimas. Samuti on olemas seos ka asukohaga – mida pikemat aega on ühes piirkonnas töötatud, seda paremaks on koostööd hinnatud ja seda peamiselt maapiirkondades. Linnapiirkondades aga on pereõed aktsepteeritud, sõltumata perioodi pikkusest, ning pereõdede osatähtsust mõistetakse, mistõttu ka koostöö on toimiv. (Wilson 2005.)

Nagu esitatud viidetest ning osaliselt refereeritud uurimustest selgub, on koostöö erinevaid aspekte uuritud mitmes riigis: Ameerika Ühendriikides, Mehhikos, Austraalias, Kanadas, Rootsis, Hollandis ja Eestis. Need uurimistulemused näitavad, et arstide ja õdede koostööl põhinev praktika annab positiivseid tulemusi patsiendi tervisele (Way jt 2000, Wilson jt 2005, Yildirim 2005, Cassandra 2009, Janvest 2010, Paulin 2011). Kui pereõe ja -arsti töö ei ole orienteeritud koostööle, siis on tulemuseks õendusteenuse alakasutatus (Way jt 2000, Dierick-van Dael jt 2010) ning see omakorda mõjutab negatiivselt tervishoiuteenuse ressursside otstarbekat kasutamist (Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika 1998, Hojat jt 2003).

3. METOODIKA

3.1 Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev magistritöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Empiirilise uurimuse objektiks on mingi reaalse maailma nähtus, mille kohta hangitakse uut teavet süstemaatilise ja usaldusväärse andmete kogumise meetodiga. Kirjeldava uurimuse eesmärk on uurida uut või vähetuntud nähtust ning seda kirjeldatakse empiiriliste tähelepanekute kaudu. (Burns ja Crove 2007.)

Uurimistöö lähenemisviis on deduktiivne. Kogutud andmestik on kvantitatiivne. Enamasti on peremeditiini valdkonna koostööd uuritud kvalitatiivselt: intervjuude (Way jt 2000, Wilson jt 2005, Beiley jt 2006), põhistatud teooria (*grounded-theory*) (Modin jt 2010) ja mitme meetodi kombineerimise (*mixed method*) (Dierick-van Dael jt 2010) abil. Sellest tulenevalt leian, et olukord, kus on küllaldane kvalitatiivne teadmusbaas, võimaldab mul uurida antud nähtust laialdasemalt, kasutades kvantitatiivset uurimismeetodit ehk ankeetküsitlust. Ankeedi kasutamise eeliseks on võimalus kasutada suurt valimit ning välistatud on igasugune subjektiivne mõju nii uurimise käigus kui ka uurimistulemustele. Ankeeti kasutasin ka sellepärast, et olemas on valideeritud mõõdik – *The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration* (Lisa 1).

3.2 Uuritavad

Terviseameti 20.04.2013 andmetel oli perearste 739 ning koos abi- ja asendusrstidega on see arv 1039. Pereõdedena töötavaid õe ja ämmaemanda kutsega töötajaid on 1045. Perearsti nimistute arv on 802.

Käesolevas uurimistöös olid uuritavateks Eesti perearstid ja pereõed, kes olid kättesaadavad Eesti Pereõdede Seltsingu (n=200) ja Eesti Perearstide Seltsi (n=550) e-posti aadresside listide kaudu ning moodustus käepärane valim. See on 19,0% kõikidest Eesti pereõdedest ja 74,4% perearstidest. E-posti aadressi listide kasutamiseks andsid loa nii Eesti Pereõdede Seltsingu juht kui ka Eesti Perearstide Seltsi esinaine.

3.3 Andmete kogumine

Uurimuse läbiviimiseks kasutasin *The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration* küsimustikku. Andmeid koguti anonüümselt. Ankeet on tõlgitud eesti keelde 2007. aastal magistritöö käigus Kristel Janvesti poolt. Nimetatud skaalat on õdede ja arstide omavahelisse koostöösse suhtumiste hindamiseks pidanud adekvaatseks ja usaldusväärseks ka Dougherty ja Larson (2005). Mõõdikut on varasemalt korduvalt testitud ning kasutatud: Hojat jt 2003, Yildirim jt 2005, Cassandra 2009, Hansson 2010a, 2010b, Janvest 2010 ja Paulin 2011 poolt mitmetes riikides ning autorite soovitus on antud nähtust just Jeffersoni skaalaga mõõta. Nimetatud skaalat on kasutatud mitmes valdkondades: anesthesioloogias, kirurgias, peremeditiinis (Cassandra 2009, Hansson jt 2010a, Janvest 2010) ning on kohandatud ka õenduse üliõpilaste uurimiseks (Hansson jt 2010, Ward jt 2008).

(Hojat 2003, 2005, Cassandra 2009, Hansson jt 2009). Mõõdiku 15 koostööd puudutavat väidet on esitatud küsimustena, millele antakse vastused nelja punkti Likert-skaala alusel: 1=üldse ei nõustu; 2=pigem ei nõustu; 3=pigem nõus; 4=täiesti nõus. Originaalmõõdikus peegeldab suhtumisi tulemuste summavahemik 15 kuni 60 punkti, kusjuures mida suurem summa, seda positiivsem on suhtumine koostöösse. Mina kasutasin oma töös Paulini (2011) poolt lisatud täpsustust 15. väite kohta: „Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud õe põhiõppe õppekavasse“ ja „Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud arsti põhiõppe õppekavasse“. Seda tegin selleks, et eristada pereõdede ja perearstide suhtumist antud küsimusse. Seega on antud töös suhtumisi väljendav summavahemik 16 kuni 64 punkti. Originaalmõõdiku (inglisekeelne) Cronbachi alfa väärtus on 0,85 (Dougherty ja Larson 2005). Cassandra (2009) uuringus oli see näitaja 0,89 ning Paulinil (2011) oli see näitaja 0,75. Antud uurimuses oli *Cronbachi alfa* väärtus 0,78.

Mõõdiku väited on omakorda jaotatud nelja alakategooriasse:

- 1) jagatud koostöö ja ühiskoolitus (*shared education and teamwork*), mis kirjeldab uuritavate suhtumist omavahelisse koostöösse ja ühiskoolitustesse (väited number 1, 3, 6, 9, 12, 14, 15).
- 2) hoolitsus vastandatuna ravimisele (*caring as opposed to curing*), mis kirjeldab suhtumist õdede poolt tehtava patsiendiõpetusse ja psühholoogiliste vajaduste eest hoolitsemisesse (väited number 2, 4 ja 7).
- 3) õdede autonoomsus (*nurses' autonomy*), mis kirjeldab uuritavate suhtumist õdede osalusse patsienti puudutavate otsuste tegemisel (väited number 5, 11, 13).

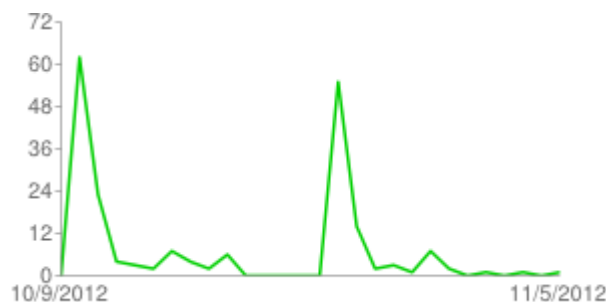
4) arstide domineerimine (*physicians' dominance*), mis kirjeldab uuritavate suhtumist arstide domineerimisse tervishoiuteenuse pakkumisel patsientidele (väited 8 ja 10). (Hojat jt 2003.)

Originaalmõõdikus on neli taustamuutujat: vanus, sugu, tööstaaž ja elukutse. Paulin (2011) on oma uurimuse käigus lisanud rahvuse, arvestades Eesti konteksti. Antud uurimuse jaoks on küsimustikku kohandatud, lisades taustamuutujateks piirkonnad, kus praksised asuvad: linna- ja maapiirkond); praksise tüüp: üksikpraksis, grupipraksis ja polikliiniku tüüpi praksis ning Paulini poolt lisatud rahvus. Veel on Eesti peremeditsiini iseärasustest lähtuvalt lisatud küsimused nimistu suuruse, kvaliteeditasusüsteemis osalemise ning pereõdede arvu kohta praksises. Küsimustik tõlgiti ka vene keelde, selle paremaks mõistmiseks neile, kelle emakeeleks on vene keel.

Küsimustik (Lisa 3) oli Interneti-keskkonnas (GoogleDrive), mis saadeti lingina koos kaaskirjaga (Lisa 2) pereõdedele ja perearstidele. Antud varianti hindasin kõige optimaalsemaks aja ja materiaalse ressursi kulutuste aspektist. Kaaskirjaga informeerisin uurimuses osalejaid uurimistöö läbiviimise korrast ja uurimistöö eetilistest aspektidest, mis on oluline uuritavate õiguste kaitsmiseks (Burns ja Grove 2007).

Andmete kogumise käigus tekkida võivate küsimuste ja probleemide puhul oli uuritavatel võimalus minuga kontakteeruda nii e-posti kui ka telefoni teel. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Saadud andmeid kasutasin oma uurimistöös üldistatuna, lähtudes anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamise põhimõttest. Andmekogumit säilitan elektroonselt oma isiklikus arvutis, mis on ainult minule teadaoleva parooliga lukus ning ainult mulle kättesaadav kuni uurimistöö lõppemiseni. Andmekogumi hävitan kohe pärast uurimistöö valmimist. Küsitluse läbiviimiseks on andnud loa Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komitee (Lisa 4).

Küsimustik saadeti uuritavatele kahel korral: 14. juuni 2012. a – 06. juuli 2012. a ja 10. oktoober 2012. a – 05. november 2012. a. Kahekordse küsitluse edastamise põhjuseks oli see, et esimesel korral oli vastanute arv väga väike (n=37). Korduva uurimuse osalemise kutsele tuli vastuseid kokku 199 (n=199). Oluline on märkida, et kui teistkordsel vastamisel oli vastamise aega kokku üle kolme nädala, siis üks nädal enne korduva ankeedi täitmise tähtaja lõppemist sai saadetud vastavasisulise meeldetuletusega e-kiri, mis andis umbes kolmandiku võrra täidetud küsimustikke juurde (vt joonis 1).



Joonis 1. Vastuste dünaamika vastamisperioodil

3.4 Andmete analüüs

Kokku laekus 236 ankeeti, millest andmeanalüüsi kaasati 225 ankeeti. 11 (4,7%) laekunud ankeedi puhul esinesid vastuolud ameti, hariduse ja eriala märkimisel, mistõttu ei olnud võimalik tuvastada, kas vastajateks olid tegelikult arstid või õed. 225 vastajast oli 152 arsti (67,6%) ja 73 õed (32,4%).

Andmed analüüsiti andmetöötlusprogrammis SPSS 17.0 for Windows (*Statistical Package for Social Sciences 17.0 for Windows*). Andmete analüüsi meetoditena kasutasin kirjeldavat statistikat (tunnuste esinemissageduse mõõtmine). Tulemused on esitatud absoluut- ja suhtarvudena. Gruppide võrdlemisel kasutati mitteparameetrilist χ^2 -testi ja Fisheri täpset testi. Fisheri täpset testi kasutasin juhul, kui oodatav vastajate arv oli väiksem kui viis. Kolme grupi puhul (antud juhul kolme tüüpi praksise võrdlemine) kasutati mitteparameetrilist Kruskal-Wallise testi, mis võimaldab kolme grupi tulemuste vahel erinevusi leida. Tunnustevaheliste seoste leidmiseks kasutati Spearmani korrelatsioonikordajat, mille alusel on võimalik kahe või enama muutuja omavaheliste seoste süstemaatiline uurimine. Seose esinemise korral esitatakse selle tüüp (kas positiivne või negatiivne) ja tugevuse aste. (Burns ja Grove 2007). Tulemusi vaadeldi olulisuse nivool 0,05.

Tulemuste kirjeldamisel alakategooriate kaupa koondati väidetele antud vastused kahte gruppi: „nõus“ (omavahel liideti „täiesti nõus“ ja „pigem nõus“), „ei ole nõus“ (omavahel liideti „pigem ei nõustu“ ja „üldse ei nõustu“). Uurimuses osalenud pereõdede poolt väidetele antud vastuste jagunemine tulemuste järgi on esitatud koondtabelis (Lisa 5) ning uurimuses osalenud perearstide poolt väidetele antud vastuste jagunemine tulemuste järgi on esitatud koondtabelis (Lisa 6).

3.5 Uurimistöö usaldusväärsus

Valimi representatiivsuse üheks näitajaks on selle suurus, kuid see peab peegeldama ka üldkogumi adekvaatseid proportsioone. Esindusliku valimi suurus peab olema vähemalt 10% üldkogumist (Burns ja Grove 2007). Selleks, et üldistada uurimustulemusi kogu populatsioonile, on vaja kasutada juhuvalimit. Antud uurimuse vastamismäär on 30,0%. Nagu käesoleva töö peatükis 3.2 välja toodud, on Eestis pereõdesid 1049, neist 200 kuuluvad Pereõdede Seltsingusse. Neile kõigile e-postiaadresside listi kaudu kättesaadavatele pereõdedele sai e-posti teel saadetud küsimustik, millele vastasid 73 pereõde – see on 19,0% Eesti pereõdedest. Vastamismäär pereõdede hulgas, kellele küsimustik saadeti, oli 36,5%. Sarnane on olukord ka perearstidega: Terviseameti andmetel töötab 739 perearsti ning Eesti Perearstide Seltsi kuulub 786 perearsti, kellest olid e-postiaadresside listi kaudu kättesaadavad 550 ja neile sai küsimustik e-posti teel edastatud. Korrektselt täidetud küsimustikke laekus perearstide poolt 152, mis moodustab 20,6% kõikidest perearstidest. Vastamismäär perearstide hulgas, kellele küsimustik edastati, oli 27,6%.

Küsimustik oli tõlgitud ka vene keelde, et need, kellel emakeeleks on vene keel, saaksid küsimustest õigesti aru ning annaksid adekvaatseid vastuseid. Kuna aga Interneti-keskkonnas olid küsimused esitatud ühes elektroonses ankeedis eestielne ja venekeelne küsimus koos, siis seda seda, kui paljud kasutasid venekeelset ankeeti, ei ole võimalik tuvastada. Teada on ainult, et vastajatest 9,3% (n=21) on märkinud oma rahvuseks „venelane“.

Käesoleva uurimistöö peamiseks nõrkuseks on see, et valim on käepärane ning ka vastamismäär on suhteliselt väike, mistõttu ei saa uurimustulemusi üldistada.

4. TULEMUSED

4.1 Uuritavate taustaandmed

4.1.1 Pereõdede taustaandmed

Kõik uurimuses osalenud pereõed olid naissoost (n=73), 65 (89,0%) olid eestlased, 7 (10,0%) venelased ning 1 (1,0%) vastajatest oli märkinud rahvuseks muu. Vastanud pereõdede keskmine vanus oli 42 aastat (SD=10,1), noorim vastanud pereõde oli 25-aastane, vanim 75-aastane. Kõige enam oli vastajate seas rakenduskõrgharidusega õdesid (n=35, 47,9%) ja keskeriharidusega õdesid (n=31, 42,5%). 54 vastajat (79,4%) olid oma erialaks märkinud pereõde. Viis vastajat olid eriala jätnud märkimata.

Kõige lühema tööstaažiga oli vastajatest õe erialasel tööl töötanud 3 aastat (3 vastajat, 4%), kõige rohkem 55 aastat (1 vastaja, 1,0%). Üldine õdede erialane tööstaaž oli keskmiselt 21 aastat (SD=11,6). Tööstaaž pereõena oli keskmiselt 10,5 aastat (SD=5,8). Kõige vähem oli õde töötanud pereõena 1 aasta (1 vastaja), kõige enam 34 aastat (1 vastaja). Pereõdede taustaandmed on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Uurimistöös osalenud pereõdede jagunemine taustaandmete järgi.

Taustaandmed		n	%
Sugu (n=73)	naine	73	100,0
Vanus aastates (n=73)	25-29	8	11,0
	30-39	20	27,4
	40-49	31	42,5
	50-59	10	13,6
	60-69	3	4,1
	70-75	1	1,4
Rahvus (n=73)	Eestlane	65	89,0
	Venelane	7	10,0
	Muu	1	1,0
Haridus (n=73)	Akadeemiline kõrgharidus	1	1,4
	Keskeriharidus	31	42,5
	Magistrikraad	2	2,7
	Rakenduskõrgharidus	35	47,9
	Õde-spetsialist	4	5,5

Taustaandmed		n	%
Eriala (n=68)	Üldõde	7	10,4
	Pereõde	54	79,4
	Terviseõde	3	4,4
	Ämmaemand	2	2,9
	Velsker	2	2,9
Tööstaaž (n=73)	1-5 aastat	10	13,7
	6-10 aastat	10	13,7
	11-15 aastat	4	5,5
	16-20 aastat	10	13,7
	21-25 aastat	15	20,5
	26-30 aastat	14	19,2
	31-35 aastat	5	6,8
	36-40 aastat	1	1,4
	41-45 aastat	2	2,7
	46-50 aastat	1	1,4
	51-55 aastat	1	1,4
Tööstaaž pereõena (n=73)	0-5 aastat	16	21,9
	6-10	26	35,6
	11-15	20	27,4
	16-20	8	11,0
	21-25	2	2,7
	31-35	1	1,4

Kõige enam vastanud õdesid töötas praksistes, kus nimistu suuruseks oli 1200-2000 patsienti (n=51, 71,8%). Üle poole vastajatest märkis, et nimistu kohta töötab üks pereõde (n=55, 76,4%). Pereõdede arvu nimistu kohta oli märkimata jätnud kaks vastajat. 57 (78,1%) vastanud pereõde perearsti nimistu osaleb kvaliteedisüsteemis. 3 vastajat jätsid sellele küsimusele vastamata. 69,9% (n=51) vastanud pereõdedest töötas linnas asuvates praksistes ja 64,4% (n=47) üksikpraksistes. Pereõdede töökohta kirjeldavad taustaandmed on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Pereõdede töökohta (nimistut ja praksist) kirjeldavad taustaandmed

Taustaandmed		n	%
Nimistu suurus (n=71)	kuni 1199 patsienti	5	7,0
	1200-2000 patsienti	51	71,8
	2001-2400 patsienti	6	8,5
	üle 2401 patsiendi	9	12,7
Pereõdede arv nimistu kohta (n=72)	1 pereõde	55	76,4
	kuni 1,5 pereõde	4	5,6
	2 pereõde	7	9,6
	3 pereõde	1	1,4
	4 pereõde	4	5,6
	5 pereõde	1	1,4
Nimistu osalemine kvaliteeditasusüsteemis (n=73)	jah	57	78,1
	ei	16	21,9
Praksise asukoht (n=73)	linn	51	69,9
	maa	22	30,1
Praksise tüüp (n=73)	grupipraksis	20	27,4
	polikliinikutüüpi praksis	6	8,2
	üksikpraksis	47	64,4

4.1.2 Perearstide taustaandmed

Perearstidest oli 96,0% (n=142) vastajatest naissoost, 4,0% (n=6) vastajatest meessoost, 4 vastajat olid soo märkimata jättnud. 90,0% vastajatest (n=136) olid eestlased. Perearstide keskmine vanus oli 50 eluaastat (SD=9,2), noorim vastanud arst oli 28-aastane, vanim 72-aastane. Perearsti erialaga arste oli 89,5% (n=136). Vastanud arstide seas oli erialalt veel pediatreid ja üldarste.

Kõige lühemat aega oli arst erialal töötanud ühe aasta (1 vastaja), kõige enam 46 aastat (1 vastaja). Arstide keskmine erialane tööstaaž oli 24 aastat (SD=10,4). Neli vastajat ei olnud tööstaaži pikkust märkinud. Keskmine tööstaaž perearstina oli 13 aastat (SD=6,34). Kõige lühemat aega oli perearstina töötanud arst alla aasta (1 vastaja), kõige kauem oli arst töötanud perearstina 45 aastat (2 vastajat), mis ei ole päris korrektne, kuna perearstid on olnud Eestis

ainult 20 aastat. Üks vastaja oli oma tööstaaži perearstina jätnud märkimata. Perearstide taustaandmed on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Uurimistöös osalenud perearstide jagunemine taustaandmete järgi.

Taustaandmed		n	%
Sugu (n=148)	naine	142	96,0
	mees	6	4,0
Vanus aastates (n=150)	25-29	4	2,7
	30-39	19	12,7
	40-49	39	26,0
	50-59	64	42,6
	60-69	23	15,3
	70-75	1	0,7
Rahvus (n=152)	eestlane	136	90,0
	venelane	14	9,0
	muu	2	1,0
Haridus (n=152)	akadeemiline kõrgharidus	142	93,4
	magistrikraad	10	6,6
Eriala (n=152)	üldarst/terapeut	4	2,6
	lastearst/pediaater	12	7,9
	perearst	136	89,5
Tööstaaž (n=148)	1-5 aastat	12	8,1
	6-10 aastat	8	5,4
	11-15 aastat	17	11,5
	16-20 aastat	12	8,1
	21-25 aastat	26	17,6
	26-30 aastat	37	25,0
	31-35 aastat	21	14,2
	Üle 35	15	10,7
Tööstaaž perearstina (n=151)	0-5 aastat	17	11,4
	6-10	28	18,5
	11-15	71	47,0
	16-20	28	18,5
	Üle 20	7	4,62,

55,3% (n=84) vastanud perearstidest töötas praksistes, kus nimistu suuruseks oli 1200–2000 patsienti. Nimistu suuruse oli jätnud märkimata 4 vastajat. 78,9% (n=120) vastanud perearsti märkis, et nimistus töötab üks pereõde. Üks vastaja märkis, et nimistus ei tööta ühtegi pereõde. Pereõdede arvu nimistu kohta oli märkimata jätnud üks vastaja. 136 vastaja (91,3%)

töökoht (perearsti nimistu) osales kvaliteedisüsteemis. 3 vastajat jätsid sellele küsimusele vastamata.

64% vastanud perearstidest (n=96) töötas linnas asuvates praksistes ja 54,6% (n=83) vastajatest üksikpraksistes. Kaks vastajat olid jättnud praksise asukohta täpsustavale küsimusele vastamata. Perearstide töökohta kirjeldavad taustaandmed on toodud tabelis 4.

Tabel 4. Perearstide töökohta (nimistut ja praksist) kirjeldavad taustaandmed

Taustaandmed		n	%
Nimistu suurus (n=148)	kuni 1199	16	10,8
	1200-2000	84	56,8
	2001-2400	41	27,7
	üle 2401	7	4,7
Pereõdede arv nimistu kohta (n=151)	1 pereõde	120	79,4
	kuni 1,5 pereõde	12	7,9
	2 pereõde	17	11,3
	3 pereõde	1	0,7
	pereõde puudub	1	0,7
Nimistu osalemine kvaliteedisüsteemis (n=149)	jah	136	91,3
	ei	13	8,7
Praksise asukoht (n=150)	linn	96	64,0
	maa	54	36,0
Praksise tüüp (n=152)	grupipraksis	60	39,5
	polikliinikutüüpi praksis	9	5,9
	üksikpraksis	83	54,6

4.2 Uurimistöös osalenud pereõdede ja perearstide suhtumine koostöö aspektidesse

4.2.1 Pereõdede ja perearstide suhtumine omavahelisse koostöösse ja ühiskoolitusse

Pereõdede ja perearstide väidetele antud hinnangute sagedusjaotused on toodud lisas 5 ja 6. Enamikes pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelisse koostöösse ja ühiskoolitusse hindavatesse aspektides olid vastajate hinnangud sarnased. Perearstide ja pereõdede hinnangud erinesid aga oluliselt väite puhul, et eriala omandamise käigus peaksid arsti- ja õendustudengid osalema ühises meeskonnatöös, et mõista üksteise rollijaotust. Pereõed nõustusid selle väitega

täielikult, perearstidest oli nõus 89,5% (n=136) ($\chi^2=8,272$; df=1; p=0,004). Pereõdede ja perearstide hinnangute erinevused on toodud tabelis 5.

Tabel 5. Pereõdede ja perearstide hinnangute erinevused omavahelise koostöö ja ühiskoolituse aspektis.

Väide	Õed		Arstid		Õdede ja arstide hinnangute erinevus		
	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	χ^2	df	P
1. Õde tuleks pidada pigem arsti koostööpartneriks ja kolleegiks, mitte abiliseks.	97,2 (70)	2,8 (2)	92,8 (141)	7,2 (11)			0,233*
3 Eriala omandamise käigus peaksid arsti- ja õendustudengid osalema ühises meeskonnatöös, et mõista üksteise rollijaotust.	100 (73)	0 (0)	89,5 (136)	10,5 (16)	8,272	1	0,004
6. Mitmed arstide ja õdede vastutusvaldkonnad kattuvad omavahel.	90,4 (66)	9,6 (7)	84,8 (128)	15,2 (23)	1,351	1	0,245
9. Arstid ja õed peaksid tegema koostööd, otsustades patsiendi tervisliku seisundi üle.	94,5 (69)	5,5 (4)	96,0 (145)	4,0 (6)			0,732*
12. Õed peaksid samuti vastutama ravi mõju jälgimise eest.	93,2 (68)	6,8 (5)	86,2 (131)	13,8 (21)	2,342	1	0,126
14. Arste tuleks koolitada looma koostöösuhteid õdedega.	94,5 (69)	5,5 (4)	88,7 (134)	11,3 (17)	1,934	1	0,164
15. Eri拉德evaheline koostöö peaks olema lisatud arstiõppe õppekavasse.	95,9 (70)	4,1 (3)	88,7 (134)	11,3 (17)	3,093	1	0,079
16. Eri拉德evaheline koostöö peaks olema lisatud õe põhiõppe õppekavasse.	95,8 (69)	4,2 (3)	89,3 (133)	10,7 (16)	2,668	1	0,102

**kasutatud Fisheri täpset testi*

4.2.2 Pereõdede ja perearstide suhtumine hoolitsus *versus* ravimine

Pereõdede ja perearstide hinnangute erinevused suhtumises hoolitsus *versus* ravimine on toodud tabelis 6. Kõik pereõed ja 96% vastanud perearstidest olid nõus sellega, et õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse. Ka sarnanesid pereõdede ja perearstide hinnangud väitele, et õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima: 76,7% (n=56) vastanud pereõdedest ning 68,4% (n=104) vastanud perearstidest nõustusid selle väitega. 69,1% (n=51) vastanud pereõdedest ja 63,2% (n=96) vastanud perearstidest nõustusid väitega, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks toetamiseks.

Tabel 6. Pereõdede ja perearstide hinnangute erinevused hoolitsus *versus* ravimine aspektis.

Väide	Õed		Arstid		Õdede ja arstide hinnangute erinevus		
	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	χ^2	df	P
2. Õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima.	76,7 (56)	23,3 (17)	68,4 (104)	31,6 (48)	1,650	1	0,199
4. Õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse.	100 (73)	0 (0)	96,0 (144)	4,0 (6)			0,181*
7. Õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks.	69,9 (51)	30,1 (22)	63,2 (96)	36,8 (56)	0,979	1	0,322

*kasutatud Fisheri täpset testi

4.2.3 Pereõdede ja perearstide suhtumine õdede iseseisvusesse

Pereõdede ja perearstide hinnangutes õdede iseseisvuse aspektidele statistiliselt olulisi erinevusi ei leidunud. Nii õed kui arstid suhtusid valdavalt positiivselt õdede iseseisvusesse.

Tabel 5. Pereõdede ja perearstidehinnangute erinevused õdede iseseisvuse aspektis.

Väide	Õed		Arstid		Õdede ja arstide hinnangute erinevus
	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	P
5. Õed vastutavad patsientidele osutatava õendusabiteenuse eest.	100,0 (73)	0,0 (0)	96,0 (145)	4,0 (6)	0,181*
11. Õdesid tuleks nende vastutuse piires kaasata tugiteenuseid puudutavate/käsitlevate otsuste tegemisse.	94,5 (69)	5,5 (4)	93,4 (142)	6,6 (10)	1,000*
13. Õed peaksid üle täpsustama arsti korralduse, kui neil tekib kahtlus, et see võib kahjustada patsiendi tervist.	98,6 (72)	1,4 (1)	97,3 (146)	2,7 (4)	1,000*

**kasutatud Fisheri täpset testi*

4.2.4 Pereõdede ja perearstide suhtumine arstide domineerimisse

Pereõdede ja perearstide hinnangutes väitele, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes, esines statistiliselt oluline erinevus. Selle väitega nõustus 61,6% (n=45) õdedest ja 38,8% (n=48) perearstidest ($\chi^2=10,339$; $df=1$; $p=0,001$). Pigem olid nii pereõed (80,8%) kui ka perearstid (71,7%) nõus väitega, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.

Tabel 6. Pereõdede ja perearstide hinnangute erinevused arstide domineerimise aspektis.

Väide	Õed		Arstid		Õdede ja arstide hinnangute erinevus		
	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	nõus % (n)	ei ole nõus % (n)	X ²	df	P
8. Arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes.	61,6 (45)	38,4 (28)	38,8 (59)	61,2 (93)	10,339	1	0,001
10. Õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.	80,8 (59)	19,2 (14)	71,7 (109)	28,3 (43)	2,164	1	0,141

4.3 Seosed pereõdede ja perearstide arvamuste ja taustaandmete vahel

Korrelatsioonanalüüsiga ilmnnes, et pereõdede vanuse ja uuritavate tunnuste vahel statistiliselt olulisi seoseid ei esinenud, arstide puhul aga osutus vanus antud tunnuste puhul oluliseks mõjutajaks. Nooremad arstid olid enam nõus väitega, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes ($\rho=-0,308$; $p=0,000$). Samuti arvasid nooremad perearstid enam, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi ($\rho=-0,278$; $p=0,001$).

Õdede üldise tööstaaži, pereõena tööstaaži ning uuritavate tunnuste vahel statistiliselt olulisi seoseid ei esinenud. Arstide puhul osutus oluliseks mõjutajaks üldine tööstaaž: mida pikem oli perearsti üldine tööstaaž, seda vähem oli ta nõus väitega, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes ($\rho=-0,321$; $p=0,000$). Perearstina tööstamise staažil ja uuritavate tunnuste vahel seoseid ei esinenud. Rakenduskõrgharidusega õed olid võrreldes keskeriharidusega õdedega enam seda meelt, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi ($\chi^2=4,626$; $df=1$; $p=0,031$). Teistes hinnangutes erineva haridustasemega õdede arvamused statistiliselt ei erinenud.

Pereõed olid võrreldes teiste erialade õdede/velskrite/ämmaemandatega oluliselt enam nõus väitega, et õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile

reageerima ($p=0,009$, Fisheri täpne test). Perearstide ja teiste erialade arstide hinnangutes statistiliselt olulisi erinevusi ei leidunud.

Arstid, kes töötasid praksises, kus oli tööl 2 ja rohkem pereõde nimistu kohta, olid enam nõus väitega, et eriala omandamise käigus peaksid arsti- ja õendustudengid osalema **ühises meeskonnatöös** ($p=0,042$; Fisheri täpne test) ning väitega, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks ($\chi^2=6,459$; $df=1$; $p=0,011$).

Pereõed, kelle perearsti nimistu **osales kvaliteeditasusüsteemis**, olid oluliselt enam nõus väitega, et õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima ($p=0,044$; Fisheri täpne test) ning et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes ($\chi^2=5,052$; $df=1$; $p=0,025$). Arstid, kelle praksis ei osalenud kvaliteeditasusüsteemis, olid oluliselt enam nõus väitega, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes ($p=0,018$; Fisheri täpne test).

Maapiirkondades asuvate praksiste perearstid oli oluliselt enam nõus väitega, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi ($\chi^2=7,276$; $df=1$; $p=0,007$).

Kolme **praksise tüübi** grupi (üksikpraksis, grupipraksis, polikliiniku tüüpi praksis) võrdlemiseks kasutasin Kruskal-Wallise testi. Arstide hinnangute võrdlemisel leidis statistiliselt oluline erinevus hinnangus sellele, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks ($\chi^2=7,574$; $df=2$; $p=0,023$). Polikliiniku tüüpi praksistes töötavad arstid olid võrreldes grupipraksises töötavate arstidega vähem nõus sellega, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks ($p=0,035$ Fisheri täpne test), samuti olid nad selle väitega vähem nõus võrreldes üksikpraksises töötavate arstidega ($p=0,009$; Fisheri täpne test). Erinevat tüüpi praksistes töötavate õdede hinnangute vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud.

5. ARUTELU

Antud uurimistöös käsitlen pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelise koostöö aspektidesse. Tervishoiusüsteemis on viimasel ajal väga aktuaalseks teemaks olnud koostöö, meeskonnatöö ning interdistsiplinaarsus erialade ja põimuvate valdkondade vahel. Käesolev uurimus on läbi viidud eesmärgiga kirjeldada peremeditsiinis koos töötavate pereõdede ja perearstide omavahelist koostööd mõjutavaid nelja aspekti ja leida, kas ja millised seosed esinevad taustamuutujatest sõltuvalt. Esmatasandi tervishoiusüsteem on suhteliselt uus valdkond tervishoiu maastikul ja seega ka pidevas arengus. Eestis ei ole varem koostööd perearstide ja pereõdede vahel uuritud, seepärast pidasin seda teemat oluliseks. Terviklikku pilti see küll kindlasti ei anna, kuna kasutatud mõõdik piirab seda oma nelja aspektiga, mis ei ole kõikehõlmav. Koostööd mõjutada võivaid aspekte on veel lisaks antud uurimuses uuritutele – füüsiline töökeskkond, tervishoiutöötajate isiklikud hoiakud, väärtushinnangud, interdistsiplinaarne sisekliima (Hansson jt 2010b) jms. Ning teisalt ei anna antud uurimus terviklikku ülevaadet ka seepärast, et uurimuse valim on käepärane ega võimalda teha üldistusi kõikidele perearstidele ja pereõdedele.

Uurimistöö läbiviimiseks sain loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt. Küsimustiku välja saatmiseks sain loa Pereõdede Seltsingu juhilt ja Eesti Perearstide Seltsi esinaiselt kasutada nimetatud ühingute e-postiaadresside liste. Uurimistöö käigus eetilisi probleeme ei esinenud, sest osalejad olid informeeritud küsimustikuga saadetud kaaskirja kaudu, et uurimuses osalemine on vabatahtlik ja anonüümne. Samuti olid uuritavad teavitatud, et neil on küsimuste tekkimisel võimalus minuga ühendust võtta. Täidetud küsimustikud on ainult uurijale kättesaadavad ning pärast uurimistöö valmimist need hävitatakse.

Uurimistöös kasutatud mõõdik on Mohhamadreza Hojati poolt väljatöötatud 2001. aastal. Mõõdikuid koostöösse suhtumise mõõtmiseks on välja töötatud mitmeid, kuid Dougherty ja Larson (2005) on testinud ja välja selgitanud, et üheks parimaks mõõdikuks on antud nähtuse uurimiseks just Mohhamadreza Hojati mõõdik *The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration*. Lisaks on nimetatud mõõdikut testitud mitmetes riikides, mille tulemusena on autorid soovitanud kasutada seda mõõdikut just õdede ja arstide suhtumises omavahelisse koostöösse, mis omakorda tõstab mõõdiku usaldusväärsust.

Mõõdiku usaldusväärsust testisin Cronbach alfa koefitsienti kasutades, mida on ka mitmetes varasemates uurimustes tehtud (Yildirim jt 2004, Ward jt 2008, Cassandra 2009), kus mõõdiku sisemist kooskõla iseloomustava reliaabluse näitajad – Cronbachi alfa väärtused – jäid mõõdiku alaosa järgi lubatud piiridesse, see on 0,7–0,9 vahele. Käesolevas uurimistöös oli vastav väärtus 0,78. Samuti on mõõdiku usaldusväärsuse tagamiseks erinevates maades, kus emakeeleks ei ole inglise keel, ankeet tõlgitud emakeelde ja siis selle alusel tagasi inglise keelde ning nende täpsust (*accuracy*) võrreldud. Eestis on küsimustik tõlgitud eesti keelde 2007. aastal magistritöö käigus Kristel Janvesti poolt. Mina oma uurimuse läbiviimiseks lasin küsimustiku tõlkida vene keelde, et need vastajad, kelle emakeeleks on vene keel, saaksid võimalikult üheselt küsimustest aru ja seega annavad adekvaatseid vastuseid.

Antud uurimistöö juures kasutasin Angela Paulini (2011) poolt küsimustikus muudetud väidet (originaalmõõdiku 15. väide), mis võimaldas saada vastused nii pereõdede kui ka perearstide kohta ning lisatud taustamuutujat „rahvus“, arvestades meie riigi konteksti. Omalt poolt lisasin uurimisvaldkonnast tulenevad taustamuutujad: tööstaaž pereõena/perearstina ning perearsti nimistut iseloomustavad taustaandmed: nimistu suurus, pereõdede arv nimistu kohta, nimistu osalemine kvaliteedisüsteemis, praksise asukoht ja praksise tüüp.

Pereõdede ja perearstide **suhtumine omavahelise koostöö ja ühiskoolituse** aspekti oli mõlema eriala esindajatel suhteliselt sarnaselt positiivne. Samal ajal on Rootsis läbi viidud uurimuse tulemusena selgunud, et pereõed on positiivsema suhtumisega koostöösse võrreldes perearstidega. Enamus pereõdedest ja perearstidest minu uurimuses on nõustunud väitega, et õde on pigem arsti koostööpartner ja kolleeg kui arsti abiline. Selline suhtumine annab kindlasti märku heast koostööst. Siin on pereõed nõustunud väitega täielikult, kuid teatud osa perearstidest nii positiivselt sellesse ei suutu. Sarnased tulemused olid perearstide suhtumistes nii õe kui ka arsti põhiõppesse erialadevahelise koostöö lisamise vajadusse. Vastutusvaldkondade kattuvusega on nõus enamik pereõdedest ja perearstidest (vastavalt 90,4% ja 84,8%). Sarnased tulemused sai ka Janvest (2010) oma uurimuses, kes viis oma uurimuse läbi Eesti regionaalhaiglate kirurgiaosakondades. Kas sellest võiks järeldada, et vaatamata riiklikule regulatsioonile ja tööjuhendite olemasolule ei ole meeskondades rollijaotused täpselt selged? Kanadas on tehtud uurimus, mille käigus selgitati välja pereõdede ja perearstide jagatud ja erinevad funktsioonid. Funktsioonide all mõisteti teadmisi, oskusi ja seaduslikke õigusi esmatasandi tervishoidu kuuluvates tööülesannetes. Tööülesanded jagunesid kümnesse teenustevaldkonda, mis omakorda jagunesid täpsemateks tööülesanneteks

(näiteks patsiendiõpetuses telefoni teel nõustamine; terviseedenduses elustiilinõustamine; krooniliste haiguste ja vigastuste diagnoosimises ning ravimises esmane diagnoosimine ja ravi või stabiilse seisundi jälgimine). Nendes valdkondades kõige vähem kattuvaid alasid oli krooniliste haiguste ja vigastuste diagnoosimise ja ravimise valdkonnas, reproduktiivse ja vaimse tervise teenustes. Selline kaardistus aitab perearstidel ja pereõdedel teha koostööd tõhusamalt ja efektiivsemalt, kasutades ära teadmiste, oskuste ja ka perearstipraksise enda ressursse.

Erinevad väliskirjanduse autorid on intervjuude vahendusel saanud teada, et peamine probleem seisneb teadmatuses rollidest või pädevuse piiridest perearstidel ja pereõdedel (Bailey 2005, Dierick-van Dael jt 2010). Samuti kinnitab Arstieetika käsiraamat (2007), et arstid omavahel oskavad käituda oma arstist kolleegiga, kuid kui meeskonda on kaasatud teine tervishoiuspetsialist, siis on nende koostöösuhetes ebakindlust. Selle peamiseks põhjuseks on teadmatus teise tervishoiuspetsialisti ehk meeskonnaliikme pädevuse ja oskuste kohta. Julgen arvata, et see tuleneb suuresti asjaolust, et koostööd ei õpetata baasõppes ei õdedele, arstidele ega ka teistele tervishoiuspetsialistidele. Olukorda on leevendama hakatud koostöö ja meeskonnatöö koolituste abil, kuid oma igapäevatöös näen seda, et väljakujunenud hoiakuid ja suhtumisi ei muuda ühe lühiajalise täiendkoolitusega. Siin on kindlasti oma osa inimeste (tervishoiutöötajate) isikuomadustel, kui avatud meelega ollakse n-ö oma eriala mugavustsoonist välja tulema ning uut vastu võtma ja rakendama. Hollandis läbiviidud pikaajalise (3,5 aastat) uurimuse tulemusena, kus eelnevalt analüüsiti perearstipraksistes tehtavat tööd ja seeläbi hinnati koolitusvajadust, koolitati seejärel saadud andmete põhjal perearste ja pereõdesid tõhusamat koostööd tegema. See kinnitab ka minu veendumust, et põhiõppes, kus on n-ö suhtumiste ja hoiakute väljakujunemise algus, annaksid koostöö ühiskoolitused selles osas paremaid tulemusi. Samas on hea meel tõdeda, et nii pereõed kui ka perearstid ja nende koolitajad on Tõemetsa (2008) uurimuses välja pakkunud ühe soovitud õppimise viisina koos õppimist. Siin mõeldakse rollimänge, videotreeninguid, meeskonnakoolitusi jm. Samuti on Eesti pereõed oma tööjuhendis igati üles näidanud koostöövalmidust perearstidega kui tööandjatega: koolitusvajaduse hindamiseks tuleb kaasata võimalikud erinevad osapooled, et ühtlustada arusaamu tegelikest vajadustest. Erinevad osapooled, eriala professionaalid on vaja kaasata selleks, et näha patsienti terviklikult, mis omakorda tagab patsiendi parema tervisliku seisundi. Aga et see toimiks, on oluline mõista erinevate erialade rolle tervishoiumeeskonnas ning suhtuda austavalt ja huvitundvalt eriala

professionaalsetesse seisukohtadesse. See on suhtumine ja mõtteviis, mida tuleb tervishoiutöötajates arendada.

Koolitusvajaduste väljaselgitamise üheks võimalikuks vahendiks on arenguvestlused. Kui aga soovida mastaapsemaid tulemusi, siis on võimalik Hollandi, Austraalia ja Kanada kolleege järgides kaardistada hetkeolukord näiteks intervjuude ja/või pereõe ja -arsti tegevuste dokumenteerimise või ka vaatluste analüüsiga ning välja selgitada kitsaskohad (teadmiste/oskuste vajakajäämised, aja/ruumi kasutus, kommunikeerimise probleemid nii praksisesiseselt kui ka -väliselt), töö dubleerimise kohad. Saadud tulemustes koostada koolitusprogramm, millest peaksid osa saama nii pereõed kui ka perearstid.

Pereõdede ja perearstide **suhtumine** koostöö aspekti **hoolitsus versus ravimine** on valdavalt positiivne. Umbes kolmandik perearste, mis on küllaltki suur osa perearstidest, ei ole nõus väitega, et pereõed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima ning veerand pereõdedest hindavad seda sarnaselt perearstidele. Samadele tulemustele tuli ka Janvest (2010) oma uurimuses Eesti regionaalhaiglate kirurgiaosakondades. Paulin (2011) on oma töös välja toonud, et Eesti keskhaiglate siseosakondade õdede arvamusel on nad piisavalt ettevalmistust saanud. Ainult kümnendik õdedest ei nõustunud selle väitega, sama osakonna arstidest üle kolmandiku (35,5%) olid aga arvamusel, et õed ei ole piisavalt õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima. Seda tulemust toetab ka Tõemetsa (2008) uurimus, milles selgus vajadus psühholoogiliste oskustega seotud koolituse järele ehk see on valdkond, kus nii pereõed ise kui ka perearstid ning nende koolitajad on seisukohal, et pereõdedele on psühholoogiaalast koolitust vaja. Siinkohal aga arvan ka, et saadud hinnangutesse tuleb suhtuda teatava reservatsiooniga, sest nii arstidel kui ka õdedel puuduvad täpsed teadmised üksteise õppekavadest ega ole koostöö ühisõpet ei arsti ega õe põhiõppes.

Rahvusvahelistest kogemustest selgub, et perearstid kaasavad pereõdesid sellistes situatsioonides, kus patsient on tulnud perearsti vastuvõtule füüsilise probleemiga, kuid selgub, et tegelikkuses on patsiendi probleem psühholoogiline. Sellisel juhul kaasatakse pereõe patsiendiga tegelemisse eesmärgiga välja selgitada patsiendi tegelik probleem. Selline koostöö aitab kindlasti arsti koormust vähendada ja pereõe asjakohaselt rakendada, mis on ressursside kasutamise aspektist igati kasulik.

Väitesse „Õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse“ suhtusid nii pereõed kui ka perearstid ühtmoodi positiivselt. Perearsti tööülesannete hulka kuulub pereõe töö korraldamine (vastuvõturuumid, töökoht internetiühendusega arvuti ja telefoniga, töövahendid, patsientide registreerimise kord pereõe vastuvõtule jne). Vastavalt pereõdede tööjuhendile tuleb pereõele luua tingimused iseseisvaks vastuvõtuks, et oleks täidetud seadusest tulenevalt pereõeteenuse osutamine ja kättesaadavus. (Pereõe tööjuhend 2008.)

Sellest võib järeldada, et perearstid on nõus, kui pereõed antud küsimustes kaasa räägivad ning pereõed julgevad/soovivad oma arvamust avaldada. Aga sarnaselt varasematele uurimustele (Janvest 2010, Paulin 2011) arvan, et see küsimus sobituks paremini aspekti „õdede iseseisvus“.

Pereõdede ja perearstide **suhtumine õdede iseseisvusesse** on positiivne. Kui varasemalt oli õe roll jaoskonnaarstiga koostöötamisel peamiselt arsti abistamises, siis peremeditsiini arenguga jälgib õde patsiendi tervist ja võtab iseseisvalt patsiente vastu. Need tegevused hõlmavad ennetust, immuniseerimist ning noorte ja perede nõustamist. Paljud perearstid ja pereõed on juba kaua koos töötanud niinimetatud jaoskonnaarstisüsteemis, kus õde ja arst istusid patsiendi vastuvõtu ajal ühe laua taga ja õde täitis arsti korraldusi. Õe iseseisvat vastuvõttu ei eksisteerinud. Hea on tõdeda, et käesoleva uurimuse tulemustest selgus, et ühtviisi positiivselt suhtuvad õdede iseseisvusesse nii pereõed ise kui ka perearstid. See näitab, et pereõed on valmis võtma vastutust oma pädevuse piires. Perearstide suhtumine oli pisut vähem positiivne, kuid kui võrrelda nelja koostöö aspekti, siis siin on perearstid kõige positiivsema suhtumisega. Sama kehtib ka pereõdede puhul, suhtumine õdede iseseisvusesse oli kõige positiivsem.

Eestis saavad õed 3,5-aastase õppeperioodi läbimisega meditsiinilise kõrghariduse, siis on nad piisavalt pädevad, et tervishoiuküsimustes meeskonnas kaasa rääkida. See aga ei tähenda, et õed arstide tööd ja/või funktsiooni sooviksid võtta, pigem on õed ikkagi oma eriala spetsialistid ja võrdväärased kolleegid arstide kõrval. Esmatasandi tervishoiu on enamasti pereõde patsiendi esimene kontaktisik, kes selgitab välja patsiendi vajadused tema tervislikust seisundist tulenevalt, seejärel otsustab, kas ta saab patsienti ise aidata, on see tema pädevuse piirides või on vaja suunata patsient perearsti vastuvõtule. Rahvusvahelisest kirjandusest leiab kinnitust, et kui perearstid on teada saanud pereõdede pädevusest, koolitatuselt ja valmidusest iseseisvalt töötama, on koostöö tõhusam. Samuti on meeskonnakoolitustel saanud õed enesekindlamaks oma teadmiste ja oskuste osas. Õed on ju põhiõppe ajal kõike vajalikku

õppinud ja omandanud, kuid kas oma tagasihoidlikkuse või arstide domineerimise tõttu enda pädevuses kahtlema hakanud.

Käesoleva uurimuse tulemustest selgunud positiivne suhtumine on minu arvates väga oluline, sest kui lugeda Riigikontrolli aruannet (2011), siis üks soovitudest oli analüüsida pereõdede koolituse piisavust ja töötada välja meetmeid, et muuhulgas oleks tagatud õekvalifikatsiooniga personal. Sellele on andnud Sotsiaalministeerium vastuseks, et koostöös Eesti Perearstide Seltsiga on väljatöötamisel uus perearsti meeskonna standard ning selle järgi oleks ühe keskmise nimistu kohta kaks pereõde. See annaks pereõdedele iseseisvust juurde, kuid samuti kaasneks sellega suurem vastutus. Teisalt patsientide ja tervishoiusüsteemi jaoks võimaldaks see parema (kiirema) esmatasandi arstiabi kättesaadavuse ning samuti pereõdede senisest tõhusam rakendamine võtab perearstilt koormust vähemaks – pereõed võtaksid vastu patsiente üldiste kaebustega ning perearst saab rohkem tegelda raskemate patsientidega.

Antud uurimuse neljas aspekt oli **suhtumine arstide domineerimisse**. Tulemustest selgus, et 61,6% pereõdedest oli seisukohal, et perearst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiu põhiküsimustes ning 80,8% pereõdedest oli arvamusel, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi. Samal ajal olid samadel arvamustel vastavalt 38,8% ja 71,7% perearstidest. Esmapilgul tundus üllatav ja vastuoluline, et pereõed, kes suhtuvad õdede iseseisvuse aspekti väga positiivselt (ehk et nad on valmis võtma vastutust oma töö eest, olema kaasatud tugiteenuseid puudutavates küsimustes ning on valmis arsti korralduses kahtlemisel seda üle täpsustama perearstiga), on aga arvamusel, et õdede peamine ülesanne on täita arsti korraldusi. Sisemiselt justkui soovivad pereõed olla iseseisvad, kuid kindlam ja mugavam on täita arstide korraldusi. Samade tulemusteni jõudsid ka Janvest (2010) ja Paulin (2011) statsionaarsetes osakondades. Millest võib see olla tingitud? Kas on pereõed siiski nii ebakindlad oma professionaalses pädevuses või on see isikuomadustest tingitud? Ma arvan siinkohal, et kõik eelnimetatud põhjused esinevad erinevatel pereõdedel vähem või rohkem, kuid arstide juhtiv roll tervishoiutöötajate hulgas loob oma mõjuvõimu. Samuti arvan, et kuna Eestis on pereõed perearstide juures töövõtjad, siis võib olla käsutäitmise pereõde jaoks tööst ilma jäämise riski maandamiseks.

Teine üllatav tulemus on sama aspekti juures ka perearstide suhtumises, et just nooremad perearstid arvasid, et õde peab nende korraldusi täitma. Seda enam, et ka Arstieetika käsiraamat kirjeldab olukorda, kus tänapäeva tervishoius toimub n-ö arsti autoriteedi

vaidlustamine. Teaduse ja selle rakendamise kiire kasvu tulemusena on meditsiin keerulisemaks muutunud ning üks arst ei saa enam olla asjatundja kõikides oma patsientide haigustes ja raviskeemides. Arstid vajavad teiste, kitsama valdkonna spetsialistide abi (õde, füsioterapeut jne). Kuid siin lisandub arstide omanditunne, et patsiendid on nende omad. Rahvusvahelised uurimused näitavad samuti, et perearst ei suutu hästi iseseisvalt töötavatesse (oma praksist omavatesse) pereõdedesse, kartes, et nad tema patsiendid ära võtavad (Wilson 2005). See hirm tuleneb eeskätt jällegi teadmatusest, mis on pereõde roll.

Seda enam huvipakkuv on minu jaoks asjaolu, et seda meelt on need pereõded, kelle perearsti nimistu osaleb kvaliteedisüsteemis, ning pereõded, kellel on rakenduskõrgharidus. Antud uurimuse tulemustest selgub, et pereõded, kes on keskeriharidusega, on enam iseseisvuse poolt. Perearstid, kellel on pikem tööstaaž, olid vähem nõus väitega, et perearst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes. Sellest võiks järeldada, et pikema tööstaažiga (sõltumata perearstina töötamise staažist) perearstid on teadlikumad, kogenumad koostöös ning usaldavad otsuste tegemistes ka pereõdesid.

Oma uurimuse läbiviimiseks kohandasin küsimustikku, lisades neljale olemasolevale **taustamuutujale** (vanus, sugu, tööstaaž ja elukutse) ning Paulini (2011) poolt lisatud ühele (rahvusele) veel Eesti peremeditsiini spetsiifikast lähtuvalt:

- 1) piirkonna, kus praksised asuvad (linna- ja maapiirkond);
- 2) praksise tüübi (üksikpraksis, grupipraksis ja polikliiniku tüüpi praksis);
- 3) nimistu suuruse;
- 4) kvaliteeditasusüsteemis osalemise (jah/ei);
- 5) pereõdede arvu nimistu kohta.

Uurimuses selgus, et pereõdede vanus suhtumist koostöö aspektidesse ei mõjuta. Nagu eelpool mainitud, oli minu kui uurija jaoks mõnevõrra üllatavaks tulemuseks see, et nooremad perearstid arvasid, et nemad on põhiotsustajaks kõigis tervishoiuküsimustes. Praeguses olukorras, kus Riigikontrolli (2011) aruandest selgub, et perearstidest jõuab 20 aasta pärast pensionikka 72% praegustest perearstidest, tundub mulle, et esmatasandi tervishoiusüsteem võib muutuda teatud mõttes jäigemaks, sest nooremad perearstid on domineerivamad ja samas soosivad ka rakenduskõrgharidusega pereõded sellist suhtumist, sest see takistaks pereõdede iseseisvumist. Teisalt muidugi, kui perearstide pealekasvu ei suudeta tagada, siis muutub paratamatult pereõde roll esmatasandi tervishoius olulisemaks. Kuigi pereõdesid ka napib, on

õe põhiõppe aeg lühem, mis võiks anda lootust, et pereõdede pealekasv on paremini tagatud.

Olukorras, kus peremeditsiin on üks paremini reguleeritud tervishoiu valdkondadest ja olemas on konkreetsed tööjuhendid, on justkui midagi puudu saavutamaks tõhusat, kvaliteetset, ressursi optimeerivat ja rahulolu pakkuvat (nii patsientidele kui ka pereõdedele ja perearstidele) esmatasandi tervishoiuteenuse osutamist. Kui juhendid ei rakendu, kas puuduvad siis igapäevased töökorralduslikud kokkulepped ja suhtlemine sel tasandil? Võib arvata, et perearstipraksises töötavad spetsialistid vajavad meeskonnatöö koolitusi. Need koolitused peaksid lähtuma senistest pereõdede ja perearstide kogemustest ning olemasolevatest juhenditest. Kogemuste all pean silmas nii positiivseid kui ka negatiivseid ehk siis oleks vajalik kaardistada olemasolev ja toimiv koostöö ning puudused, mida koostööpartnerid vajavad selleks, et töö oleks tulemuslik.

Eestis läbiviidud varasemate uurimuste põhjal on rakenduskõrgharidusega õdede suhtumine arsti korralduste täitmisesse küll positiivne, kuid enam nõustusid selle arvamusega siiski keskeriharidusega õed. Seda seostasid autorid sellega, et tegu on olnud vanema generatsiooni õdedega, keda on õpetatud protseduurikeskselt töötama. Tänapäeva patsiendikesksusest ei ole nad teadlikud ning varasemalt ei ole nad pidanud ise otsustama.

Perearsti nimistut iseloomustavate taustamuutujate järgi suhtumine koostöösse tugevaid seoseid ei leidunud, aga tooksin mõned olulisemad, samas küll statistiliselt nõrgad seosed välja. Perearstid, kes töötasid praksises, kus oli tööl **2 ja enam pereõde nimistu kohta**, pidasid olulisemaks suhtumist ühisesse meeskonnatöö õppimisse tudengitena. Samuti suhtusid need perearstid pereõdedesse kui eriväljaõppe saanud spetsialistidesse patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks. Samal arvamusel olid ka need pereõded, kelle perearsti nimistu osales **kvaliteeditasusüsteemis**. Kvaliteeditasusüsteemis osaleva perearsti nimistus töötavad pereõded olid, võrreldes perearstidega, rohkem seisukohal, et perearst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes. Samas, võrreldes perearstide arvamusi antud muutuja taustal, siis need perearstid, kelle nimistu ei osale kvaliteeditasusüsteemis, olid oluliselt enam arvamusel, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes. Millest selline suhtumiste erinevus? Arvan, et põhjus on jällegi teadmatuses: pereõded ei ole süsteemiga kursis või on vastutuskooormus tõusnud.

Maapiirkondades asuvate praksiste perearstid olid oluliselt enam nõus väitega, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi, võrreldes linnapiirkonnas asuvate perearstidega. Arstide hinnangute võrdlemisel leidis statistiliselt oluline erinevus hinnangus sellele, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks. Polikliiniku tüüpi praksistes töötavad arstid olid võrreldes grupipraksises töötavate arstidega vähem nõus sellega, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks, samuti olid nad selle väitega vähem nõus, võrreldes üksikpraksises töötavate arstidega. Erinevat tüüpi praksistes töötavate pereõdede hinnangute vahel erinevusi ei olnud.

Olles ise töötanud grupipraksises, siis oma kogemuste põhjal julgen arvata, et erinevus tuleneb sellest, kui tihedalt pereõde ja perearst omavahel tööd teevad – kas nad võtavad igapäevaselt koos patsiente vastu või on erinevatel päevadel erinev õde. Tihedalt omavahel koostöös oleva meeskonna perearstid tunnevad ja teavad oma õde ka professionaalses mõttes rohkem, nagu üksikpraksistes. Kindlasti võib see sõltuda ka töökorraldusest grupi- või polikliinikutüüpi praksistes ning ka pereõdede iseseisvusest ja perearstide autoritaarsusest.

Kokkuvõtvalt võiks öelda, et pereõed ja perearstid on küllaltki homogeenne tervishoiumeeskond, kus suhtumine antud uurimuses käsitletud koostöö aspektidesse on positiivne.

Antud uurimuse tulemused aitavad kaasa valdkonna arendamisele ja õendusabi kvaliteedi arengule, mis kindlasti teenib lõppkokkuvõttes patsiendi huve, st patsient saab kvaliteetsemat teenust. Kvaliteetne teenus omakorda toob kaasa positiivsemaid tulemusi tema tervisele ja rahulolule. Antud uurimuse tulemusi saab tutvustada Pereõdede Seltsingule, et diskuteerida tulemuste üle ja leida näiteks koolitusvajaduse teemad ning antud valdkonna edasiste uurimuste vajadused. Samuti võib antud uurimuse tulemusi laiemalt tutvustada näiteks pereõdede konverentsil, et need jõuaksid pereõdedeni. Samadel eesmärkidel peaks toimuma ka perearstidele uuringutulemuste tutvustamine, et edaspidi planeerida nii perearstidele kui ka pereõdedele koolitusi koostöö ja meeskonnatöö teemadel. Tuginedes antud uuringu tulemustele, võiks sama mõõdikut kasutades edaspidistes uurimustes Eesti õendus- ja arstiüliõpilaste hulgas välja selgitada, kuidas kutset omandavad kolleegid suhtuvad koostöö aspektidesse ja kas on uurimustulemuste põhjal vaja või võimalik teatud aspektides õppestrateegiat muuta.

6. JÄRELDUSED

Uurimistulemustest selgus, et üldiselt suhtuvad nii pereõed kui ka perearstid omavahelisse koostöösse pigem positiivselt. Pereõdede suhtumine oli aga enamasti positiivsem võrreldes perearstide suhtumisega.

Pereõdede ja perearstide suhtumine omavahelisse koostöösse ja ühiskoolitusse on valdavalt koostööd soosiv – nii pereõed kui ka perearstid olid arvamusel, et õde on arsti koostööpartner ja kolleeg ning õdede iseseisvusesse suhtutakse positiivselt. Pereõdede seas oli aga rohkem neid, kes peavad õigeks ühiskoolitust ja meeskonnatööd.

Pereõdede ja perearstide suhtumine hoolitsusse vastandina ravimisele on valdavalt koostööd soosiv. 69,9% pereõdedest ja 63,2% perearstidest olid arvamusel, et õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks.

Pereõdede ja perearstide suhtumine õdede iseseisvusesse on valdavalt koostööd soosiv. See oli kõige positiivsema suhtumisega koostöö aspekt nii pereõdede kui ka perearstide hulgas. 100% pereõdedest ja 96% perearstidest olid arvamusel, et õed vastutavad patsiendile osutatava õendusabiteenuse eest.

Pereõdede ja perearstide suhtumine arstide domineerimisse on pigem koostööd mittesoosiv. 61,6% pereõdedest ja 38,8% perearstidest olid arvamusel, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes ning 80,8% pereõdedest ja 71,7% perearstidest olid seisukohal, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.

Statistiliselt olulisi seoseid pereõdede ja perearstide omavahelist koostööd mõjutavate aspektidesse suhtumistes ja taustamuutujate vahel palju ei olnud. Uurimusega selgus, et nooremad arstid olid enam nõus väitega, et arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes. Samuti arvasid nooremad perearstid, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi. Rakenduskõrgharidusega õed olid võrreldes keskeriharidusega õdedega enam seda meelt, et õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.

KASUTATUD KIRJANDUS

Bailey, P., Jones, L., Way D, Journal Of Advanced Nursing 2006 Feb; Vol. 53 (4), pp. 381-91.

Burns, N. & Crove, S. K. (2007). The Practice of Nursing Research. Appraisal, Syntesis and Generation of Evidence. Elsevier, St. Louis.

Cassandra, T., L. (2009). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in Anesthesia. *Journal of American Association of Nurse Anesthetists*, 77(5).

Dierick-van Dael, A.T.M., Spreeuwenberg, C., Derckx, E.W.C.C., van Leeuwen., Y., Toemen, T., Legius, M., Janssen, J.J.M., Metsemakers, J.F.M., Vrijhoef, H.J.M. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Quality of Primary Care*, 18:231-41.

Dougherty, M., Larson, E. (2005). A Review of instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration. *Journal of Nursing Administration*, 35 (5), 244-253.

Eesti keele sõnaraamat, ÕS 1999 (2003). 3. trükk. Tallinn.

Eesti Perearstide Selts. <http://www.perearstiselts.ee/index.php/meist/prioriteedid> (17.05.2013)

Gering, S. (2012). Pereõdede iseseisev vastuvõtt - Tartumaa pereõdede näitel. Magistritöö. Tartu.

Hansson, A., Arvemo,T., Marklund, B., Gedda, B., Mattsson, B. (2010a). Working together – primary care doctors’ and nurses’ attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1): 78-85.

Hansson, A., Foldevi, M., Mattsson, B. (2010b). Medical students’attitudes toward collaboration between doctors and nurses – a comparison between two Swidish universities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3): 242-250.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Fields, S.K., Cicchetti, A., Scalzo, A.L., Taroni, F., Amicosant, A.K.V., Macinati, M., Tangucci, M., Liva, K., Ricciardi, G., Eidelman, S., Admi, H., Geva, H., Mashiach, T., Alroy, G., Alcorta-Gonzalez, A., Ibarra, D., Torres-Ruiz, A. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4):427-435.

INC Framework and Core Competencies for the Family nurse. (2003). International Council of Nurses. Geneva.

Janvest, K. (2010). Arstide ja õdede suhtumine omavahelisse koostöösse Eesti piirkondlike haiglate kirurgiakliinikutes. Magistritöö. Tartu.

Kalda, R., Maaroos, H.-I., Rätsep, A. (2012). Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020.

Kosula, K. (2010). Pereõdede õiguseid peaks laiendama. *Perearst*, 7(50), 34-36.

Modin, S., Törnkvist, L., Furhoff, A.-K., Hylander, I. (2010). Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Family Practice*, 11:82.

Paat, G., Aaviksoo, A., Lai, T. (2008). Perearstipraksiste funktsionaalsed korraldusmudelid Tallinnas ja Harjumaal. Poliitikauuringute keskus Praxis.

Paulin, A. (2011). Õdede ja arstide suhtumine omavahelisse koostöösse Eesti keskhaiglate sisehaiguste statsionaarsetes osakondades. Magistritöö. Tartu.

Perearsti nimistu piirsuurus, perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord (RTL 2001, 130, 1883).

Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (RTL 2010, 3, 52).

Perearsti nimistud. <http://mveeb.sm.ee/ctrl/ee/Statistika/show/4> (20.04.2013)

Peremeditsiini arengukava 2001–2015. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn.

Pereõe tegevusjuhend (2008). Tallinna Perearstide Selts ja Eesti Pereõdede Seltsing. Tallinn.

TEA Rahvasõnaraamat, võõrsõnad (2006).Tallinn.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284).

Tõemets, T. (2008). Pereõe töö ja tööalane koolitus: pereõe, perearsti ja koolitaja arvamused. Magistritöö. Tartu.

Õendusabi. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn. <http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/oendusabi.html>. (6.12.2012).

Õendusabi erialade loetelu (RTL 2001, 75, 1016).

Yildirim, A., Ates, M., Akinci, F., Ross, T., Selimen, D., Issever, H., Erdim, A., Akgün, M. (2005). Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4): 429-437.

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M.E., Erdmann, J.B., Hojat, M. (2008). The Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional care*, 22(4): 375-386.

Way, D., Jones, L., Busing, N. (2000). Implementing Strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care. Ontario College of Family Physicians.

Williams, J.R. (2005). Medical Ethics Manual. The World Medical Association.

Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S., Swann, W. (2005). Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. *Australian Journal of advanced Nursing*, 23(2).

Lisa 1. Jeffersoni skaala originaal versioon

c:\documents and settings\risto\local settings\temporary internet files\content_ie507\nv6g9\physician-nurse collaboration.doc

**JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES
TOWARD PHYSICIAN-NURSE COLLABORATION**

INSTRUCTIONS: Please indicate the extent of your *agreement* or *disagreement* with each of the following statements by circling the appropriate number. For the purposes of this survey, a nurse is defined as "a registered nurse (RN) who is engaged in providing or directly supervising the care of hospitalized patients."

Gender: [1] Male. [2] Female. **Age (in years):** ____

You are a: [1] **Nurse** (Please specify your degree: _____ Your specialization: _____).
 [2] **Physician** (Please specify your primary specialty: _____).

	Strongly Agree	Tend to Agree	Tend to Disagree	Strongly Disagree
1. A nurse should be viewed as a collaborator and colleague with a physician rather than his/her assistant....	4	3	2	1
2. Nurses are qualified to assess and respond to psychological aspects of patients' needs.....	4	3	2	1
3. During their education, medical and nursing students should be involved in teamwork in order to understand their respective roles.....	4	3	2	1
4. Nurses should be involved in making policy decisions affecting their working conditions.....	4	3	2	1
5. Nurses should be accountable to patients for the nursing care they provide.....	4	3	2	1
6. There are many overlapping areas of responsibility between physicians and nurses.....	4	3	2	1
7. Nurses have special expertise in patient education and psychological counseling.....	4	3	2	1
8. Doctors should be the dominant authority in all health care matters.....	4	3	2	1
9. Physicians and nurses should contribute to decisions regarding the hospital discharge of patients.....	4	3	2	1
10. The primary function of the nurse is to carry out the physician's orders.....	4	3	2	1
11. Nurses should be involved in making policy decisions concerning the hospital support services upon which their work depends.....	4	3	2	1
12. Nurses should also have responsibility for monitoring the effects of medical treatment.....	4	3	2	1
13. Nurses should clarify a physician's order when they feel that it might have the potential for detrimental effects on the patient.....	4	3	2	1
14. Physicians should be educated to establish collaborative relationships with nurses.....	4	3	2	1
15. Interprofessional relationships between physicians and nurses should be included in their educational programs.....	4	3	2	1

Kristi Toode

From: "Mohammadreza Hojat" <mohammadreza.hojat@jefferson.edu>
To: "KRISTEL JANVEST" <kristel.janvest@gmail.com>
Cc: <kristi.toode@ut.ee>
Sent: 12. oktoober 2007. a. 20:46
Attach: Physician-Nurse Collaboration.doc; Cross Cultural Study_IJNS.dat; Physician-Nurse Collaboration Scale_ A Review Article.pdf
Subject: Re: Dear Prof. Mohammadreza Hojat

Dear Kristel:

In response to your request, I am sending you a copy of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in the attached file. You have our permission to use the scale in your non-for-profit research. The Jefferson copyright sign, printed at the bottom of the scale, should appear in any copy that you will be using in your project.

To assure the accuracy of translation, it is important to use the "back-translation" procedures when translating the scale into your language. The following is a brief description of the procedures: You need a group of bilingual experts (those who understand both your language and English very well) to help you.

- First, you and your bilingual colleagues (2-3) should translate the scale from English into your language.
- Second, another group (2-3) of your bilingual colleagues who have not seen the original English version, should translate your translated version back into English.
- Third, you and your team should compare the original English version with the back-translated English version to see if inconsistencies can be observed and find an agreed upon solution to correct the inconsistencies.
- Fourth, adaptations may be needed in wording to make the text consistent with your culture, without losing intended key concept.

Please let me know if you have any questions about the aforementioned procedures.

The following sources can help you in better understanding the "back-translation" procedures.

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.

Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and Adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health -related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.

Attached please also find a copy of a cross-cultural study in which we used this scale. For a review article of comparing psychometrics of the instruments measuring physician-nurse collaboration see: Dougherty, M.B., & Larson, E. (2005). A Review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *JONA*, 35(5), 244-253 (a copy is attached).

Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration

15.10.2007

Scoring Algorithm

A respondent must answer at least 12 items (80%) of the 15 items; otherwise, the form should be regarded as incomplete and excluded from the data analyses. In the case of a respondent with 3 or fewer unanswered items, missing values should be replaced with the mean score calculated from items completed by the respondent.

To score the scale, items 8 and 10 are reverse scored items (Strongly agree=1... Strongly disagree=4). Other items are directly scored based on their Likert weights (Strongly agree=4... Strongly disagree=1). Total score is the sum of all item scores. The higher the score, the more positive attitudes toward physician-nurse collaboration.

Items in each of the four factors are as follow:

1. Shares education & collaboration: 1,3,6,9,12,14,15.
2. Caring vs. curing: 2,4,7.
3. Nurse's autonomy: 5,11,13.
4. Physician's authority: 8,10.

Please let me know if I can be of additional help. Please send us a copy of your final translated version of the scale for our file. We wish you good luck with your research, and please inform us of your research progress.

Stay in touch with smiles!

(-:

* Mohammadreza Hojat, Ph.D.
* Research Professor of Psychiatry and Human Behavior
* Director of Jefferson Longitudinal Study
* Center for Research in Medical Education and Health Care
* Jefferson Medical College
* 1025 Walnut Street
* Philadelphia, PA 19107, USA
*
* Voice-mail: (215) 955-9459
* Fax: (215) 923-6939
* E-mail: Mohammadreza.Hojat@Jefferson.edu
* Website: www.tju.edu/jmc/crmehc
* Webpage: http://www.tju.edu/jmc/crmehc/faculty_profile.cfm?key=mxh146

To be understood is a basic human need that can be fulfilled when an empathic relationship is established.

My book "Empathy in Patient Care" has been released. Information about the book and experts' comments are posted at the following websites:

www.springer.com/0-387-33607-9 (publisher)
www.tju.edu/jmc/crmehc/medu/patientempathy.cfm (Jefferson Medical College)

----- Original Message -----

From: KRISTEL JANVEST
To: Mohammadreza.Hojat@jefferson.edu
Sent: Friday, October 12, 2007 1:02 PM
Subject: Dear Prof. Mohammadreza Hojat

15.10.2007

Lisa 2. Kaaskiri

Lugupeetud pereõde/perearst

Olen Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusosakonna magistrant Katrin Rahu. Palun Teil osaleda uurimistöös „Pereõdede ja -arstide suhtumine omavahelise koostöö aspektidesse Eesti perearstipraksistes“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelisse koostöösse Eesti perearstipraksistes ning selgitada seoseid pereõdede ja perearstide arvamuste ja taustamuutujate vahel. Saadud uurimistöö tulemusi on võimalik kasutada peremeditsiini valdkonna juhtidel planeerimaks õdede ja arstide meeskonnatöölaseid koolitus- ja teabepäevi parendamaks omavahelist koostööd.

Selleks, et uurimus õnnestuks, palun Teie kaasabi, mis seisneb lisatud küsimustiku täitmises. Küsimustikus palun Teil sobivale vastusevariandile klikata või lisada oma vastus tühjaks jäetud reale. Küsimustiku täitmine võtab Teil aega keskmiselt 20 minutit. Ankeetide täitmiseks on aega kaks nädalat (04.06-06.07.2012).

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Teil on võimalus sellest loobuda. Andmete analüüsil saadud uurimistulemused kajastab uurija üldistatult oma magistritöös. Andmekogumit säilitan elektroonselt oma isiklikus arvutis, mis on ainult minule teada oleva parooliga lukus ning ainult uurijale kättesaadav kuni uurimistöö lõppemiseni. Pärast uurimistöö valmimist hävitan (kustutan) andmekogumi.

Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt.

Uurimistöö planeeritud valmimise aega on 2013. aasta juunis, mille järgselt on võimalik tutvuda uurimistulemustega. Kui küsimustiku kohta tekib küsimusi, võite pöörduda uurimistöö teostaja poole:

Katrin Rahu

Õendusteaduse magistrant

Tartu Ülikooli arstiteaduskond

Telefon: 508 2236

e-post: rahukat@gmail.com

Lisa 3. Jeffersoni skaala pereõdede ja perearstide omavahelise koostöö aspektidesse suhtumise kohta

**JEFFERSONI SKAALA ARSTIDE JA ÕDEDE SUHTUMISE KOHTA
OMAVAHELISSE KOOSTÖÖSSE**

Palun vastake järgmistele küsimustele, klikates sobivale numbrile. Vajaduse korral täpsustage oma vastust punktiirjoonel.

1. Sugu: () mees () naine

2. Vanus:.....

3. Rahvus:.....

4. Te olete:

- () õde Palun täpsustage oma haridust: () Keskeriharidus
() Rakenduskõrgharidus
() Akadeemiline kõrgharidus
() Magistriharidus
() Õde-spetsialist

() arst Palun täpsustage oma eriala:

5. Tööstaaž: () õena..... () arstina.....

() pereõena.....() perearstina.....

6. Nimistu suurus:

7. Mitu pereõde on nimistu kohta

8. Kas osaletakse kvaliteeditasusüsteemis: () jah () ei

9. Praksise asumise piirkond: () linn () maa

10. Praksise tüüp: () Üksikpraksis

() Grupipraksis

() Polikliiniku tüüpi praksis

11. Palun hinnake oma **nõustumist** või **mittenõustumist** järgmiste väidetega, klikates sobival numbril.

		Täiesti nõus	Pigem nõus	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
1.	Õde tuleks pidada pigem arsti koostööpartneriks ja kolleegiks, mitte abiliseks.	4	3	2	1
2.	Õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima.	4	3	2	1
3.	Eriala omandamise käigus peaksid arsti- ja õendustudengid osalema ühises meeskonnatöös, et mõista üksteise rollijaotust.	4	3	2	1
4.	Õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse.	4	3	2	1
5.	Õed vastutavad patsientidele osutatava õendusabiteenuse eest.	4	3	2	1
6.	Mitmed arstide ja õdede vastutusvaldkonnad kattuvad omavahel.	4	3	2	1
7.	Õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks.	4	3	2	1
8.	Arst peaks olema põhiotsustaja kõigis tervishoiuküsimustes.	4	3	2	1
9.	Arstid ja õed peaksid tegema koostööd, otsustades patsiendi tervisliku seisundi üle.	4	3	2	1
10.	Õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi	4	3	2	1
11.	Õdesid tuleks nende vastutuse piires kaasata tugiteenuseid puudutavate/käsitlevate otsuste tegemisse.	4	3	2	1
12.	Õed peaksid samuti vastutama ravi mõju jälgimise eest.	4	3	2	1
13.	Õed peaksid üle täpsustama arsti korralduse, kui neil tekib kahtlus, et see võib kahjustada patsiendi tervist.	4	3	2	1

14.	Arste tuleks koolitada looma koostöösuhteid õdedega.	4	3	2	1
15.	Erialadevaheline koostöö peaks olema lisatud arstiõppe õppekavasse.	4	3	2	1
16.	Erialadevaheline koostöö peaks olema lisatud õe põhiõppe õppekavasse.	4	3	2	1

© **Jefferson Medical College, 2001**

Lisa 4. TÜ inimuuringute eetika komitee luba

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 215/T-14

koosolek: 21.05.2012

Vastutav uurija (asutus):

Katrin Rahu (AS Ida-Tallinna, Pärnu mnt 104, Tallinn, 11312)

Uurimistöö nimetus:

Pereõdede ja -arstide suhtumine omavahelise koostöö aspektidesse Eesti perearstipraksistes.

Komitee koosseis:

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Naatan Haamer	TÜ naistekliinik, hingehoidja	+
Külli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemassistent, teadur	-
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Peters	TÜ naistekliinik, teadur	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+

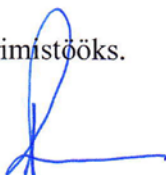
Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud seisuga 01.06.2012
2. Nõusolekuvorm ja ankeet (eesti ning vene keeles), täiendatud seisuga 01.06.2012
3. Uurimismeeskonna CV-d (Katrin Rahu; Lilli Grossi; Ruth Kalda)
4. Originaalmõõdik.

Komitee otsus: Luba antud uurimistööks.

Uuringu lõpp: Juuni 2013

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Helen Riismaa



Väljastatud: 11.06.2012

University of Tartu
Office of Research and Development
Ülikooli 18
50090, Tartu, Estonia

Phone: (+372) 7 375 514
Fax: (+372) 7 375 508

Lisa 5. Uurimistöös osalenud pereõdede jagunemine tulemuste järgi

	Väited	Täiesti nõus % (n)	Pigem nõus % (n)	Pigem ei nõustu % (n)	Üldse ei nõustu % (n)
1.	Õde tuleks pidada pigem arsti koostööpartneriks ja kolleegiks, mitte abiliseks.	80,8 (59)	15,1 (11)	2,7 (2)	0,0 (0)
2.	Õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima.	39,7 (29)	37,0 (27)	17,8 (13)	5,5 (4)
3.	Eriala omandamise käigus peaksid arsti- ja õendustudengid osalema ühises meeskonnatöös, et mõista üksteise rollijaotust.	76,7 (56)	23,3 (17)	0,0 (0)	0,0 (0)
4.	Õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse.	89,0 (65)	11,0 (8)	0,0 (0)	0,0 (0)
5.	Õed vastutavad patsientidele osutatava õendusabiteenuse eest.	87,7 (64)	12,3 (9)	0,0 (0)	0,0 (0)
6.	Mitmed arstide ja õdede vastutusvaldkonnad kattuvad omavahel.	54,8 (40)	35,6 (26)	8,2 (6)	1,4 (1)
7.	Õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks.	32,9 (24)	37,0 (27)	21,9 (16)	8,2 (6)
8.	Arst peaks olema põhi otsustaja kõigis tervishoiuküsimustes.	17,8 (13)	43,8 (32)	28,8 (21)	9,6 (7)
9.	Arstid ja õed peaksid tegema koostööd, otsustades patsiendi patsiendi tervisliku seisundi üle.	69,9 (51)	24,7 (18)	5,5 (4)	0,0 (0)
10.	Õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.	43,8 (32)	37,0 (27)	13,7 (10)	5,5 (4)
11.	Õdesid tuleks nende vastutuse piires kaasata haigla tugiteenuseid puudutavate/käsitlevate otsuste tegemisse.	49,3 (36)	45,2 (33)	5,5 (4)	0,0 (0)
12.	Õed peaksid samuti vastutama ravi mõju jälgimise eest.	35,6 (26)	57,5 (42)	6,8 (5)	0,0 (0)
13.	Õed peaksid üle täpsustama arsti korralduse, kui neil tekib kahtlus, et see võib kahjustada patsiendi tervist.	80,8 (59)	17,8 (13)	1,4 (1)	0,0 (0)
14.	Arste tuleks koolitada looma koostöösuhteid õdedega.	79,5 (58)	15,1 (11)	4,1 (3)	1,4 (1)
15.	Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud arstiõppe õppekavasse.	65,8 (48)	30,1 (22)	2,7 (2)	1,4 (1)
16.	Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud õe põhiõppe õppekavasse.	64,4 (47)	30,1 (22)	4,1 (3)	0,0 (0)

Lisa 6. Uurimistöös osalenud perearstide jagunemine tulemuste järgi

	Väited	Täiesti nõus % (n)	Pigem nõus % (n)	Pigem ei nõustu % (n)	Üldse ei nõustu % (n)
1.	Õde tuleks pidada pigem arsti koostööpartneriks ja kolleegiks, mitte abiliseks.	70,4 (107)	22,4 (34)	4,6 (7)	2,6 (4)
2.	Õed on välja õpetatud hindama patsientide psühholoogilisi vajadusi ja neile reageerima.	36,2 (55)	32,2 (49)	27,0 (41)	4,6 (7)
3.	Eriala omandamise käigus peaksid arsti-ja õendustudengid osalema ühises meeskonnatöös, et mõista üksteise rollijaotust.	61,2 (93)	28,3 (43)	9,2 (14)	1,3 (2)
4.	Õdesid tuleks kaasata nende töötingimusi mõjutavate otsuste tegemisse.	76,3 (116)	18,4 (28)	3,3 (5)	0,7 (1)
5.	Õed vastutavad patsientidele osutatava õendusabiteenuse eest.	86,2 (131)	9,2 (14)	2,6 (4)	1,3 (2)
6.	Mitmed arstide ja õdede vastutusvaldkonnad kattuvad omavahel.	39,5 (60)	44,7 (68)	13,2 (20)	2,0 (3)
7.	Õed on saanud eriväljaõppe patsientide õpetamiseks ja psühholoogiliseks nõustamiseks.	24,3 (37)	38,8 (59)	32,2 (49)	4,6 (7)
8.	Arst peaks olema põhi otsustaja kõigis tervishoiuküsimustes.	10,5 (16)	28,3 (43)	34,9 (53)	26,3 (40)
9.	Arstid ja õed peaksid tegema koostööd, otsustades patsiendi tervisliku seisundi üle.	73,0 (111)	22,4 (34)	2,6 (4)	1,3 (2)
10.	Õe peamine ülesanne on täita arsti korraldusi.	26,3 (40)	45,4 (69)	24,3 (37)	3,9 (6)
11.	Õdesid tuleks nende vastutuse piires kaasata haigla tugiteenuseid puudutavate/käsitlevate otsuste tegemisse.	66,4 (101)	27,0 (41)	5,9 (9)	0,7 (1)
12.	Õed peaksid samuti vastutama ravi mõju jälgimise eest.	38,8 (59)	47,4 (72)	12,5 (19)	1,3 (2)
13.	Õed peaksid üle täpsustama arsti korralduse, kui neil tekib kahtlus, et see võib kahjustada patsiendi tervist.	78,3 (119)	17,8 (27)	2,6 (4)	0,0 (0)
14.	Arste tuleks koolitada looma koostöösuhteid õdedega.	57,9 (88)	30,3 (46)	7,9 (12)	3,3 (5)
15.	Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud arstiõppe õppekavasse.	57,2 (87)	30,9 (47)	6,6 (10)	4,6 (7)
16.	Erialade vaheline koostöö peaks olema lisatud õe põhiõppe õppekavasse.	56,6 (86)	30,9 (47)	7,2 (11)	3,3 (5)